



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia
en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana
2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Blanca Rayza Manuela GUZMAN MAMANI

ASESOR

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Guzman B. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2018.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**

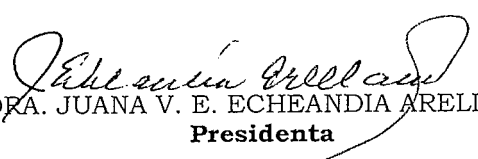
En la ciudad de Lima, a los veintitrés días del mes de agosto del año dos mil dieciocho y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 113 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 03013-R-2016), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LIMA METROPOLITANA 2018"**, sustentada por la Bachiller en Enfermería:

BLANCA RAYZA MANUELA GUZMAN MAMANI


para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

18 (DIECIOCHO)


Lo que se da fe:


DRA. JUANA V. E. ECHEANDIA ARELLANO
Presidenta


MG. CARMEN CONTRERAS CAMPOS
Miembro


LIC. NESTOR A. CUADROS VALER
Miembro




LIC. JUANA E. DURAND BARRETO
Asesor (a)

RALP/erm

Av. Grau 755 – Lima 1 – Apartado Postal 529 – Lima 100 – Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería:
epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

**ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
DE LIMA METROPOLITANA**

2018

*A Dios por ser mi guía
espiritual, por brindarme
amor y llenarme de
esperanza, fortaleza y
sabiduría para lograr mis
objetivos. Por obrar en mi
corazón y en el de mi
familia.*

*A mi madre Alicia, quien
representa mi inspiración
constante para salir
adelante todos los días,
que siempre me brinda
gran amor, buenos valores,
educación valiosa que me
permiten desarrollarme
personal y
profesionalmente.*

*A mi abuelita Tomasa
Mamani, que partió al lado
del Señor hace poco, por
amarme
incondicionalmente y
brindarme todos los
cuidados para ser una
mujer aymara fuerte, eres
mi ángel y haber sido tu
nieta es el mayor honor
que tengo.*

Agradezco a mi familia, en especial a mi tía Lidia por animarme y brindarme apoyo para seguir adelante en mi vida como profesional; por su paciencia y cariño.

Un agradecimiento especial a todas mis profesoras y asesora que formaron en mí la necesidad de realizar trabajo de investigación orientado a fortalecer mi espíritu creativo como profesional.

A las autoridades de la institución de salud por las facilidades otorgadas para la investigación y a los familiares de los pacientes que colaboraron en la culminación del presente estudio.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de gráficos	viii
Resumen	ix
Summary	x
Presentación	xi

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación	1
1.2 Formulación de objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo general	5
1.2.2 Objetivos específicos	5
1.3 Justificación de la investigación.....	6
1.4 Limitaciones del estudio	7

CAPITULO II: BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS

2.1 Marco teórico.....	8
2.1.1 Antecedentes del estudio	8
2.1.1.1 En el ámbito internacional	8
2.1.1.2 En el ámbito nacional	11
2.1.2 Base Teórica Conceptual	13
2.1.2.1 Esquizofrenia.....	13

	Pág.
2.2.7 Plan de recolección y análisis estadístico de los datos	50
2.2.8 Validez y confiabilidad.....	51
2.2.9 Consideraciones éticas	52
2.2.10 Consentimiento informado	52
 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
3.1 Resultados.....	54
3.1.1 Datos generales.....	54
3.1.2 Datos específicos.....	55
3.2. Discusión	58
 CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones.....	64
4.2 Recomendaciones.....	65
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	 66
ANEXOS	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima – Perú 2018.	55
2	Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión aspectos generales de la enfermedad en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima – Perú 2018.	56
3	Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión cuidados del paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de lima metropolitana Lima – Perú 2018.	57

RESUMEN

Objetivo: Determinar la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana 2018. **Material y Método:** De enfoque cuantitativo, corte transversal, nivel aplicativo y método descriptivo. La población estuvo conformada por 53 familiares de pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio N°02 y N°04 del Hospital Hermilio Valdizán. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue una escala tipo Likert modificada, aplicada previo consentimiento informado. **Resultados:** Los resultados fueron procesados y analizados en cuadros estadísticos, obteniéndose que los familiares en un 69,8% presenta una actitud medianamente favorable, el 30,2% mantiene una actitud favorable y nadie presentó una actitud desfavorable. En la dimensión de actitud hacia los aspectos generales de la enfermedad el 58,5% presenta una actitud medianamente favorable. En lo que respecta a la actitud de los familiares hacia los cuidados del paciente con esquizofrenia el 64,15% presentan una actitud medianamente favorable. **Conclusiones:** La actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana es medianamente favorable, de la misma forma en la dimensión de aspectos generales de la enfermedad y cuidados del paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

Palabras claves: actitud, familiares, esquizofrenia, familiares.

SUMMARY

Objective: To determine the attitude of relatives towards the patient with schizophrenia in a psychiatric hospital in Metropolitan Lima 2018. **Material and Method:** This research is quantitative, cross section, application level and descriptive method. The population consisted of 53 relatives of patients with schizophrenia from hospital services N°02 and N°04 in the Hermilio Valdizan Hospital. The technique used was the survey and the instrument was a modified Likert scale with an informed consent. **Results:** The results were processed and analyzed in statistical tables, getting that the relatives in a 69.8% present a moderately favorable attitude, 30.2% have a favorable attitude and nobody presented an unfavorable attitude. In the attitude dimension towards the general aspects of the disease, 58.5% present a moderately favorable attitude. With regard to the attitude of the family members towards the care of the patient with schizophrenia, 64.15% present a moderately favorable attitude. **Conclusions:** the family attitude toward the patient with schizophrenia in a psychiatric hospital in Lima Metropolitan is moderately favorable, in the same way in the dimension of the general aspects of the disease and the care of the patient with schizophrenia in a psychiatric hospital in Metropolitan Lima.

Keywords: attitude, relatives, schizophrenia, relatives.

PRESENTACIÓN

En la actualidad, los trastornos mentales continúan en aumento y constituyen un gran problema de salud pública por las consecuencias que generan en la vida de la persona enferma, su familia y su comunidad. Uno de los más graves trastornos que afecta a la salud mental de nuestro país es la esquizofrenia, que se caracteriza por ser una enfermedad altamente incapacitante y es la que tiene mayor frecuencia de hospitalización. A nivel mundial, se reportan alrededor de dos millones de casos nuevos de esquizofrenia cada año, con una prevalencia de aproximadamente 21 millones de personas que padecen esta enfermedad. Los pacientes con dicho trastorno, presentan características similares en los diferentes países pese a las distintas culturas; por lo que la prevalencia estimada es equivalente entre el 0,2 y el 2% de la población.

Según los diversos resultados censales, se espera que actualmente haya más de 260 mil personas viviendo con esta enfermedad en el Perú, lo cual merma el desarrollo del país, sin embargo, el Ministerio de Salud señala que si un paciente esquizofrénico es tratado adecuadamente puede tener una recuperación sintomática progresiva; lo que disminuiría el coste económico para el Estado Peruano.

Al paso del tiempo, la persona con esquizofrenia se vuelve dependiente de la familia, la que constituye un gran soporte para el paciente, sin embargo, ésta recibe discriminación y rechazo de la sociedad; además de que enfrenta otras dificultades tanto económicas como sociales. Lo que influye directamente en la actitud del familiar, en

consecuencia se obstaculiza el cuidado y remisión de síntomas de la persona con esquizofrenia. En tanto, conocer la actitud de los familiares de la persona con esquizofrenia, permitirá al enfermero intervenir coordinadamente, valorando su entorno de una forma más integral, para brindar un cuidado con mayor efectividad, aportando a los pacientes, familiares y amigos las pautas para la creación de un ambiente social favorable a la persona enferma.

La presente investigación titulada “Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un Hospital Psiquiátrico de Lima Metropolitana 2018”, tuvo como finalidad indagar sobre la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán ubicado en la ciudad de Lima, distrito de Santa Anita, para que a partir de los resultados se proporcione información confiable y actualizada a las autoridades pertinentes, a fin de que enfermería implemente programas de educación, que en un futuro contribuirán a un mejor cuidado en el hogar y disminuir el riesgo a complicaciones derivadas de la enfermedad.

La presente investigación consta de cuatro capítulos: CAPITULO I: donde se desarrolla el planteamiento, delimitación y formulación del problema, así mismo se formulan los objetivos, la justificación y las limitaciones; CAPITULO II: donde se detalla el marco teórico y el diseño metodológico; CAPITULO III: en el cual se desarrolla y se presentan los resultados y la discusión y el CAPITULO IV: que contiene las conclusiones y las recomendaciones; finalmente se presentan las referencias bibliográficas, y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN.

Actualmente, la incidencia de diversos trastornos mentales a nivel mundial es cada vez mayor, siendo los principales la depresión, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia. Esta última es un trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, de las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta, los cuales afectan a la persona en sus esferas sociales, cognitivas y afectivas (1). El tratamiento para la esquizofrenia es largo y requiere de controles periódicos, al margen de los cambios de conducta que se originan, se produce un deterioro cognitivo en la mayoría de pacientes como dificultades para una atención selectiva, deficiente memoria de trabajo, y les resulta aún más difícil seguir una secuencia ordenada de sus actividades cotidianas (2). Además de ello, las personas que padecen esta enfermedad suelen ser sedentarias, su calidad de vida se ve afectada con el tiempo generando enfermedades vasculares; todo esto conlleva a una pérdida de ilusión, apatía, falta de empuje y una gran dependencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, en América Latina ya afecta a aproximadamente el 1% de la población según el informe de "Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el

Caribe” (3) y en el Perú existen aproximadamente 260 mil personas con este trastorno según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, de los cuales 32 mil no reciben el tratamiento adecuado en Lima. En el Hospital Hermilio Valdizán ubicado en el distrito de Santa Anita en la ciudad de Lima, durante el primer semestre del 2017, atendió a 12 368 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia por consulta externa, además del total de pacientes hospitalizados en ese periodo, casi la mitad fueron por diagnóstico de esquizofrenia con un alrededor de 49,48% (4).

La esquizofrenia se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad por enfermedad en el Perú, sin embargo, estudios empíricos dan a conocer que la esquizofrenia tendría una adecuada recuperación sólo si se tratase de forma precoz y enérgicamente con fármacos antipsicóticos y otras intervenciones de rehabilitación (terapia individual, familiar, etc.). En el caso de los pacientes crónicos, el tratamiento es prolongado en el tiempo con una atención integral de la persona, y su familia (5).

Por otro lado, sabemos que las enfermedades mentales no sólo afectan a quienes las padecen, sino también a sus familiares, pues son ellos quienes conviven con la persona enferma, les brindan apoyo y cuidados durante su tratamiento. Cabe resaltar que los familiares de personas con esquizofrenia debido a la cronicidad, alta demanda de atención, estrés emocional, cansancio físico, limitaciones en su vida cotidiana e impacto económico, se ven afectados en su vida personal; lo que produce efectos negativos en la relación con el paciente durante la convivencia, esto incrementaría la posibilidad de recaídas y por ende hospitalizaciones continuas, ya que compromete el tipo de cuidado y apoyo que debe recibir el paciente (6). Ocasionando una perturbación

en el sistema familiar que puede desencadenar en una crisis con problemas familiares; lo que muchas veces origina el abandono familiar cuando el paciente con esquizofrenia se encuentra hospitalizado. Entonces, si se conoce la respuesta de la familia ante esta enfermedad, se puede valorar el cuidado brindado al paciente y el personal de salud puede intervenir adecuada y oportunamente (7).

Actualmente, en la sociedad, las actitudes frente a pacientes con enfermedades mentales como la esquizofrenia, incluyen exclusión, estigma, vergüenza, miedo y rechazo hacia ellos. Estas actitudes, no solo responden a la etiqueta diagnóstica sino también a la larga estancia en instituciones psiquiátricas, lo que depara consecuencias negativas en personas que estuvieron hospitalizados alguna vez (8) y son el resultado de las experiencias que forman parte de nuestra cultura, el estigma suele derivar de ahí y persiste hasta la actualidad. En consecuencia, muchos familiares suelen mantener una actitud de autoritarismo al inicio y durante la mayor parte del tratamiento, sin embargo al egreso del tratamiento, suelen ser benevolentes, por lo que dicha actitud podría conllevar a recaídas futuras del paciente (9).

El Ministerio de Salud (MINSA) señala que si a todo lo expuesto en el párrafo anterior, se le agrega que los pacientes con esquizofrenia pierden el contacto con la realidad, presentan conductas impredecibles y se vuelve mucho más dependiente, provocaría que la acción de cuidarlos sea más demandante y sacrificada para los familiares, generando sufrimiento emocional y económico (10). Se considera a la familia como agente terapéutico, que por el estrés y diversos factores situacionales, la colocan en una posición vulnerable, que podría derivar en consecuencias negativas para el paciente con esquizofrenia, tales como estrés y recaídas de la enfermedad (11). Por lo tanto, es

importante tener en cuenta que en los servicios de hospitalización de un hospital psiquiátrico, los profesionales de salud (enfermeras, médicos, técnicos, etc.), adopten medidas para educar a la familia en la modificación de las actitudes, así como brindar apoyo a los cuidadores quienes muchas veces no cuentan con información pertinente, ni con apoyo social para asumir el cuidado de una persona enferma con esquizofrenia. El profesional de enfermería, desarrolla un papel importante en la educación a la familia de los pacientes con esquizofrenia desde su estancia en la institución de salud en la que se encuentre hasta el momento del alta de éste, compartiendo estas orientaciones también con la familia (12).

Durante mis prácticas en salud mental, tuve la oportunidad de evidenciar que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia comentaban: “Mi hija no ha venido a visitarme esta semana, la extraño”, “mi familia no me visita seguido, según ellos piensan que nunca me recuperaré pero yo creo que sí me voy a poner bien, señorita”. Durante las visitas de los pacientes en el hospital, los familiares en su mayoría permanecían 10 a 15 minutos con su familiar y salían rápidamente, respecto a ello durante las entrevistas, referían: “Srta. sólo yo me encargo de mi familiar hospitalizado, y debo de ir a atender a mis nietos, sólo le dejo la ropa y como veo que está bien cuidada me retiro.” “Pienso que cuando ella regrese a casa ya no podrá trabajar o cuidar a sus hijos, seguramente no lo hará bien y puede sentirse mal, prefiero que se quede en su cuarto”, “cuando ella grita, me asusta, a veces prefiero no acercarme tanto”, “no sé qué hacer cuando él no quiere tomar la pastilla, prefiero que se quede aquí, que hay quienes lo cuiden bien, yo no sé de la enfermedad y puedo hacer mal las cosas.”

A la interacción con los enfermeros del servicio mencionan: “Los familiares suelen abandonar a los pacientes, son muy pocos los que se involucran con la recuperación de su familiar enfermo.” En consecuencia, surgieron varias interrogantes sobre esta realidad, como las siguientes: ¿Conoce la familia acerca de la esquizofrenia y el cuidado del paciente? ¿Sabe cómo afrontar situaciones de estrés o riesgo? ¿Por qué la familia prefiere mantener a sus pacientes hospitalizados? ¿El miedo que ellos les demuestran a sus pacientes los ayuda a mejorar? ¿Los familiares cuidarán adecuadamente a los pacientes cuando vuelvan a casa? ¿Es adecuado para la recuperación del paciente las actitudes que tienen sus familiares durante las visitas y en el hogar? ¿Las actitudes de los familiares podrían provocar recaídas en el paciente?

Por todo lo expuesto anteriormente se formuló el siguiente problema: ¿Cuál es la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana 2018?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana 2018.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión aspectos generales sobre la enfermedad.

- Identificar la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión cuidado del paciente con esquizofrenia.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La esquizofrenia como trastorno mental incapacitante influye negativamente en la vida diaria de la persona, en su familia y la sociedad. Frente a esta situación actual sabemos que el familiar cuidador representa un recurso muy valioso para proporcionar bienestar a los pacientes con este trastorno, ya que ellos brindan apoyo para la realización de sus actividades comunes, por ello, para lograr una rehabilitación exitosa en este tipo de pacientes es necesario que enfermería intervenga de manera integral en la mejora de las actitudes del familiar, pues deben tomar conciencia de que este trastorno es controlable con una adecuada terapéutica y apoyo familiar, es así que la presente investigación busca saber cuáles son las actitudes de los familiares de un paciente con esquizofrenia para que posteriormente se establezcan estrategias de intervención que permitan prevenir o detectar precozmente la sobrecarga en los cuidadores, el estigma, la discriminación que afectan un adecuado manejo de la enfermedad.

Existe un estudio que nos revela el estigma y discriminación hacia este tipo de trastorno mental realizado en el año 2010, según Llanos Moreno Marilú, en su investigación “Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán”, participaron 50 personas,

cuya conclusión fue que más de la mitad presentó una actitud indiferente, mientras que sólo una minoría presentó una actitud favorable. Lo que refleja claramente que pocos de los pacientes son los que reciben un soporte familiar adecuado en dicho año, para lo cual es necesario investigar nuevamente las actitudes del familiar frente a su paciente con esquizofrenia y obtener datos actualizados para una futura intervención de Enfermería, formulando programas educativos sobre el apoyo familiar y cuidado de la persona con esquizofrenia.

1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados sólo se pueden aplicar a poblaciones con características similares a la presente investigación.

CAPITULO II

BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS.

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Se presentan las siguientes investigaciones a nivel nacional e internacional, relacionadas a la presente investigación.

2.1.1.1 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Campo Revilla Isabel, Yllá Segura Luis y col. en el 2010 realizaron una investigación en España llamada **“Actitud de la familia hacia el enfermo mental”**, de tipo cuantitativo, cuyo objetivo fue conocer las actitudes de los familiares hacia la enfermedad mental y compararlas con las encontradas 25 años atrás en un estudio semejante. La población estuvo conformada por familiares de enfermos mentales con trastornos psicóticos, afectivos, alcoholismo y demencia de Alzheimer; el grupo control lo formaron grupos de funcionarios y sanitarios de un centro de salud. Las muestras se escogieron al azar. Se aplicó mediante la encuesta preferentemente a la persona que es cuidador principal. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental (OMI), adaptado por Yllá y Guimón.

Entre las conclusiones se encuentran que:

“Hay una visión más humana, menos restrictiva y menos autoritaria que anteriormente, aunque

sensiblemente mayor en controles, se sigue siendo muy paternalistas con estos enfermos. Las personas con mayor instrucción son más restrictivas y menos autoritarias, tanto en casos como en controles. Las personas con menor instrucción son más benevolentes, al igual que los controles. Los mayores de 65 años son más autoritarios que el resto de los grupos de edad...El mayor conocimiento de estas enfermedades y una relación más próxima con estos enfermos podría ser la causa de la mayor diversidad en las opiniones y unas actitudes más complejas al día de hoy. Según estos factores principales, podemos ver que los controles son sensiblemente menos autoritarios y restrictivos que los familiares de estos enfermos y que las actitudes varían en dependencia de la edad, profesión y diagnóstico de la enfermedad” (13).

Hernández Miranda María Rosa en el 2009, en México realizó un estudio titulado **“Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí”**; de tipo cuantitativo. El objetivo es describir las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en los estudiantes de recién ingreso al primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí utilizando el cuestionario OMI modificado (Opiniones sobre la enfermedad mental de Cohen y Struening). La muestra estuvo conformada por 113 alumnos.

Dentro de las conclusiones relevantes destacan que:

“Las tendencias de las actitudes hacia el trastorno mental son favorables en los estudiantes de primer año de medicina de recién ingreso. Resulta interesante el cuestionarse si la actitud favorable mostrada por los estudiantes en su primer año de la carrera se modificará con el tiempo dependiendo de sus experiencias con pacientes en su

preparación en hospitales, el modelado social con sus profesores y el estudio de otras materias” (14).

Álvarez Ramirez Leonardo, Almeida Salinas Orlando en el 2008, en Colombia, llevaron a cabo un estudio titulado **“Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga”**, de tipo cuantitativo. Su objetivo fue realizar una descripción de la estructura y contenidos de las actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda profesional en un grupo de 200 hombres y mujeres con edades entre 40 y 65 años. Los instrumentos utilizados fueron la escala de actitudes hacia el Trastorno Mental (OMI), también fue utilizada el inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional de los autores Fischer y Turner.

Entre las conclusiones a las que se llegaron fueron que:

“...Existen en las actitudes de los individuos evaluados actitudes de percepción de estigma ante el individuo con trastorno mental y en otros ésta actitud es por el contrario favorable; por una parte, algunos estudios confirman la favorabilidad hacia el tratamiento psicológico y otros muestran actitudes contrarias. Lo anterior permitiría afirmar que no parece existir una tendencia unívoca en cuanto a las actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional... los individuos examinados mantienen que proporcionar medios de inserción social y laboral, cuidados y soporte en general a quienes tienen una condición psicológica vulnerable ayuda a la recuperación de estas personas, otro punto alude a posiciones en los evaluados según las cuales, las personas con trastornos psicológicos no deberían tener hijos, poseen menos capacidades intelectuales, menor número de oportunidades sociales y laborales; en el componente estereotipos muestra posiciones prejuiciosas relacionadas con la atribución de

peligrosidad y violencia a las personas con condiciones psicológicas y la dificultad en el establecimiento de relaciones” (15).

2.1.1.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL

Mariño Pacheco, Leydi Zuleyka el 2016, en Lima, realizó una investigación titulada **“Actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un hospital de la ciudad de Lima, 2015”**. El objetivo fue determinar la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. El estudio es de tipo cuantitativo y método descriptivo. Tuvo una población de 37 familiares que cumplían con los criterios de inclusión. El instrumento utilizado fue la escala de Likert con 30 ítems.

Las conclusiones fueron:

“La actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera es medianamente favorable. Las actitudes de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente a las manifestaciones clínicas presentan una actitud medianamente favorable sobre aspectos como el delirio, alucinaciones, comportamiento agresivo, alteración de la personalidad y movimientos extraños. Las actitudes de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente al tratamiento es medianamente favorable sobre aspectos como el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y las intervenciones psicosociales” (16).

Nolasco Villa, Milagros Jennifer el 2015 en Lima, realizó una investigación titulada **“Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH, 2014”**. Su objetivo fue describir la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia en el hogar. Tiene una metodología de tipo cuantitativo y es descriptivo. La población del estudio lo integraron 30 familiares de pacientes con esquizofrenia atendidos en el consultorio externo del Hospital Víctor Larco Herrera. El instrumento que se empleó fue la Escala tipo Likert Modificada.

Las conclusiones fueron:

“La mayoría de los familiares de los pacientes presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en dimensión psicológica y tratamiento farmacológico. También existe una mayoría de ellos que presentan actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis y hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en el hogar. La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud desfavorable hacia la alimentación balanceada, mantenimiento de la higiene, vivienda saludable y realización de actividades físicas. Sin embargo por otro lado se observa una actitud favorable hacia la realización de actividades recreativas, prevención de consumo de alcohol y cuidado de la vestimenta del paciente...Por otro lado se evidencia una actitud desfavorable hacia la comprensión del paciente y realización de quehaceres en el hogar...” (17).

Llanos Moreno, Marilú el 2010, en Lima, realizó un estudio titulado **“Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán - 2010”**. El objetivo de la investigación fue determinar la relación que existía entre

actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia y el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad. Tuvo un diseño correlacional y de tipo cuantitativo. El instrumento utilizado fue un cuestionario mediante la técnica de la entrevista. Contó con una población no probabilística de 50 familiares. Utilizó la técnica de la entrevista y sus instrumentos fueron un cuestionario y una escala tipo Likert modificada.

Las conclusiones relevantes fueron:

“Del total de familiares, la mayoría presentó un nivel de conocimiento intermedio sobre la esquizofrenia y una actitud indiferente, mientras que la minoría presentó una actitud favorable. Lo cual refleja claramente que pocos de los pacientes con esquizofrenia son los que reciben un soporte familiar adecuado. Con respecto a la relación conocimiento y actitud, del total de familiares con conocimiento alto, una minoría presentó una actitud indiferente a favorable, y de los que tuvieron conocimiento bajo, solo una el 24% presentó una actitud de indiferente a desfavorable; la correlación de variables muestra que existe una correlación directa moderada” (18).

2.1.2 BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

2.1.2.1 ESQUIZOFRENIA

2.1.2.1.1 Definición

Según la OMS, la esquizofrenia es un trastorno mental grave en el que existe un gran disturbio de la personalidad, asimismo hay una distorsión del pensamiento, percepciones, lenguaje, emociones e incluso conciencia de sí mismo, por lo tanto tiene conductas alteradas y un grado de autismo. Esto se

produce mientras la persona se encuentra consciente de ello con una capacidad intelectual conservada. La esquizofrenia causa una gran perturbación en las relaciones de familia, sociales y de trabajo (1).

2.1.2.1.2 Etiología

Según diversas investigaciones que han estudiado su etiología, existen múltiples factores que determinan la aparición de esta enfermedad. En la historia, los primeros estudios apuntaban a que era una condición dopaminérgica, después como un rasgo noradrenérgico, como serotoninérgico y por último como una mezcla de diferentes sistemas de neurotransmisores. No obstante, este criterio no progresó y actualmente se asume que es el resultado de un conjunto de factores que predisponen en mayor o menor medida al desarrollo de la patología, y los principales son:

- **Predisposición genética:** la presencia de la enfermedad en los padres o familiares cercanos (tíos, primos, abuelos, etc.) es un factor que incrementa la posibilidad de aparición en los hijos. Los estudios hereditarios confirman que el trastorno bipolar y la esquizofrenia son entidades que presentan una débil penetrancia genética y, por tanto, parece claro que intervienen también en su etiología factores psicológicos y ambientales.
- **Alteraciones durante el embarazo o nacimiento:** anoxia del feto durante la gestación o el

nacimiento, traumatismos del mismo, partos difíciles, etc. Así también infecciones víricas de la embarazada como la rubéola, la poliomielitis o gripe, exposición de la madre a hambrunas o grandes catástrofes. La influencia de las circunstancias estresantes como causa de la esquizofrenia se debe a que las citoquinas que se producen en las células del sistema inmunitario, al controlar el proceso de inflamación frente a las situaciones antes mencionadas podrían traspasar la placenta y alterar el desarrollo del sistema nervioso central del feto.

- **Alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas en el cerebro:** en este apartado juega un papel fundamental el consumo habitual de sustancias tóxicas y la exposición a determinados tóxicos y estresantes ambientales. Están especialmente involucradas dos sustancias implicadas en la comunicación entre neuronas a nivel del cerebro. Se trata de la dopamina y la serotonina. Además pueden existir Cambios estructurales del cerebro en la zona frontal, temporal, límbica y de ganglios basales no patognómicos. El aumento de los ventrículos cerebrales se asocia a disfunción intelectual, síntomas negativos como anhedonia, apatía y resistencia al tratamiento. Asimismo, pueden haber factores endocrinos como alteraciones en la prolactina, melatonina y función tiroidea (19)

2.1.2.1.3 Cuadro Clínico

Según los autores Oliver Freudereich y Stuart Schwartz el paciente esquizofrénico presenta las siguientes alteraciones:

- **Alteraciones en el contenido del pensamiento:**

El paciente con esquizofrenia piensa diferente a otras personas. Las alteraciones del pensamiento del esquizofrénico reflejan sus ideas, creencias e interpretaciones de los estímulos, propiciando una conducta inapropiada. El delirio es una alteración del pensamiento, la cual es una creencia falsa, en la cual se distorsiona la realidad ya sean imágenes o sensaciones.

- **Alteraciones de la percepción:**

Entre las alteraciones de la percepción encontramos a las alucinaciones, las cuales son percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo. Pueden afectar a los cinco sentidos, sin embargo las auditivas son las más frecuentes, en donde el paciente escucha voces, las cuales pueden ser amenazadoras.

- **Alteraciones del comportamiento:**

En cuanto al comportamiento, en los últimos años varios estudios demuestran que la mayoría de pacientes con esquizofrenia no son violentos, sin embargo la presencia de delirios referenciales o de perjuicio, en los que el paciente se siente amenazado o dañado, y de alucinaciones comandatorias, pueden

predecir la aparición de violencia en algún momento a lo largo de su enfermedad pudiendo ser de gravedad infringiendo en muchos de los casos la ley.

- **Alteraciones de la personalidad:** El paciente puede tener cierta dificultad para mantener su personalidad y puede abandonar su aseo corporal. También puede presentar una disminución en sus capacidades para realizar algunas conductas creativas y socialmente aceptadas.
- **Alteración en la conducta motora:** Estas alteraciones pueden variar cualitativa o cuantitativamente, el paciente puede reaccionar hacia el ambiente de una manera disminuida en sus movimientos o adoptando desplazamientos espontáneos, con posturas o movimientos extraños. Estas alteraciones pueden manifestarse mediante la ecopraxia que es la imitación de gestos y acciones, conducta estereotipada que se refiere a un patrón repetitivo de un discurso, movimiento o marcha, negativismo como la actitud de no cooperación sin motivo aparente o el estupor que se manifiesta por la inmovilidad de días o semanas (20).

Existe otra clasificación de los signos y síntomas de la esquizofrenia según John Russell Reynolds y John Hughlings Jackson y son (21):

Síntomas positivos: Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que no se evidencian en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente "pierden contacto" con la realidad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no. Entre ellos tenemos:

- **Ideas delirantes:** se trata de ideas falsas, como creer que alguien le está espiando, que es un personaje famoso, o que algún desconocido que camina por la calle le está siguiendo.
- **Alucinaciones:** consisten en ver, sentir escuchar, oler o saborear algo que realmente no existe. La experiencia más común consiste en escuchar voces imaginarias (alucinaciones auditivas) que dan órdenes o hacen comentario al individuo.

Síntomas negativos: se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con otros tipos de trastornos. Entre ellos tenemos:

- **Aplanamiento afectivo:** expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, escasa gestualización, contacto visual escaso, poca reactividad afectiva, afecto inapropiado, pérdida de entonación.
- **Alogia:** término acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo (interrupción del curso del lenguaje).
- **Aislamiento social:** anhedonia, abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés y placer. Puede expresarse como una falta de interés vital por las actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos como interés y actividades recreativas y sexuales, en relación con amigos y compañeros.
- **Abulia (falta de voluntad):** apatía extrema, con gran desinterés en el aseo e higiene, inconstancia en el trabajo o escuela, falta de energía.
- **Falta de atención:** la atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. El paciente manifiesta problemas para concentrar su atención, o solo es

capaz de concentrarse esporádica y erráticamente (16).

2.1.2.1.4 Fases

Este trastorno, que es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas. Estas fases son:

- **Fase aguda (o crisis):** Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.
- **Fase de estabilización (o postcrisis):** Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- **Fase estable (o de mantenimiento):** La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable y, en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Unos pacientes pueden mantenerse asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos,

como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios) (22).

2.1.2.1.5 Tipos

Con frecuencia se presentan cuadros mixtos, que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo. Se pueden caracterizar los siguientes tipos de esquizofrenia:

- **Esquizofrenia paranoide:** se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.
- **Esquizofrenia catatónica:** predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar

reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

- **Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica:** predomina un afecto absurdo, no apropiado, se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuánime en este tipo de esquizofrenia, la mayoría de los casos, los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene

de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebéfrenicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias, entre otros). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

- **Esquizofrenia indiferenciada:** es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de los otros anteriores.
- **Esquizofrenia residual:** en estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos (16).

2.1.2.1.6 Tratamiento

El tratamiento de los trastornos esquizofrénicos debe ser integral y abordar los siguientes recursos: farmacológico, intervenciones psicosociales y terapia electroconvulsiva. Con un tratamiento adecuado, la persona con esquizofrenia puede tener una mejoría

notable, principalmente de los síntomas psicóticos, no tanto de los síntomas negativos.

Tratamiento Farmacológico: Actualmente se sabe que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, debido que no se puede curar. Sin embargo algunos síntomas de ésta pueden ser tratados.

Estudios han mostrado que algunas personas que padecen esquizofrenia poseen una alteración en determinados neurotransmisores. La dopamina está relacionada con el movimiento, las emociones y los sentimientos de placer. Forma parte de un sistema cerebral que juega un papel fundamental en la regulación de la vida emocional., además la dopamina pertenece a la familia de la adrenalina, por lo que también está muy relacionada con el estrés y la alerta. Sabemos que el exceso de dopamina está relacionado con los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento). Los antipsicóticos actúan sobre los neurotransmisores, uno de sus efectos es disminuir el nivel de dopamina en el cerebro, ayudando así reducir los síntomas positivos en el paciente.

Los antipsicóticos, neurolépticos o tranquilizantes mayores, constituyen el principal tratamiento de la esquizofrenia. Estos pueden clasificarse en dos grupos principales: los convencionales de primera generación o antagonistas del receptor dopaminérgico, y los fármacos más nuevos, que se han denominados antipsicóticos de

segunda generación, antipsicóticos atípicos o antagonistas de los receptores de serotonina y dopamina. Los fármacos empleados para la esquizofrenia presentan una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores de dopamina post-sinápticos del cerebro (16).

Intervenciones psicosociales: Las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral.

El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más saludablemente. El espectro de las intervenciones psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de intervenciones que, a menudo, se integran en un continuum asistencial lo que dificulta la

delimitación entre ellas. A efectos de favorecer su exposición, se han dividido las intervenciones psicosociales en los siguientes apartados:

- Terapia cognitivo-conductual
- Psicoterapia de apoyo
- Psicoterapia psicodinámica
- Psicoeducación
- Intervenciones familiares
- Rehabilitación cognitiva
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria
- Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc.)
- Apoyo a la inserción laboral
- Recursos de vivienda

Terapia electroconvulsiva (TEC): La terapia electroconvulsiva es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.

La evaluación previa a la TEC debe incluir la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico para verificar la iniciación del tratamiento, examen médico general para identificar posibles factores de riesgo

(historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica para evaluar el carácter y el grado del riesgo anestésico, obtención del consentimiento informado y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera si están indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC. El infarto de miocardio reciente, algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución, puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, carga de trabajo cardíaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Los principales efectos adversos de la TEC son de tipo cognitivo, asociándose a un estado confusional transitorio y a un período más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrógrada, que se resuelve habitualmente a las pocas semanas del cese del tratamiento (23).

2.1.2.2 CUIDADOS DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Los principales cuidados que se debe de tener al paciente esquizofrénico, tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar, son los cuidados que requieran cada una de sus necesidades básicas como persona, y cumplir con el tratamiento para prevenir recaídas y complicaciones.

2.1.2.2.1 Necesidades básicas

Según Virginia Henderson, la persona presenta 14 necesidades básicas, necesidades que la persona misma podría cubrirla, pero en el caso de un paciente con esquizofrenia requiere del apoyo de un cuidador. Las necesidades básicas son:

Respiración: La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.

Alimentación: La esquizofrenia puede condicionar la presencia de alteraciones aberrantes, como la coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios como madera, tierra, cabellos. La alimentación puede ayudar a disminuir los síntomas negativos que acompañan a la esquizofrenia. Cuidar la alimentación es muy importante en este grupo de personas que se desentienden de la realidad.

Eliminación: El organismo necesita eliminar los desechos que genera producto de su metabolismo para su correcto funcionamiento. En los pacientes con esquizofrenia se debe de vigilar las veces que elimina y las características de sus excretas para detectar alguna alteración en su sistema digestivo y urinario (estreñimiento, diarrea, hemorragias, etc.). Debido al desorden del esquizofrénico, se debe de tener en cuenta la educación sobre los lugares de eliminación, ya que por sus alucinaciones persistentes en algunos pacientes, se pueden sentir desorientados y eliminar en lugares no adecuados, afectando la higiene personal y de la familia.

Movimiento: La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las

actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles. Los pacientes con esquizofrenia catatónica tienden a presentar inmovilizaciones por largos periodos de tiempo. Se debe promover actividades de la vida diaria y actividades recreativas que impliquen movimiento corporal.

Sueño: El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo.

Vestimenta: Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor. Las personas con esquizofrenia tienden a descuidar su vestimenta, éstos son unos de los síntomas negativos de dicha enfermedad.

Temperatura: La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación). La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres.

Higiene: El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico. Las personas con esquizofrenia tienden a

descuidar su higiene por lo que la familia necesitará asistir a terapias junto con el paciente. No debe minimizar la importancia del aseo ni del vestuario del paciente, ya que una óptima higiene y vestimenta adecuada contribuirán a propiciar la responsabilidad, el autocuidado, la autoestima, y la autonomía de la persona, así como ayudara a prevenir problemas dérmicos e infecciones (a).

Evitar peligros del entorno: Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que complicarían la salud de las personas con esquizofrenia.

Comunicación: Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. El conversar con nuestro familiar esquizofrénico contribuirá a que se sienta aceptado, cuidado y sobretodo querido. La mejor manera para que la familia pueda entender los sentimientos y pensamientos de los pacientes esquizofrénicos es que aprenda buenas habilidades de comunicación.

Religión: Las persona piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe, por eso la familia deberá de seguir respetando sus creencias religiosas. Algunas creencias pueden ser exageradas, esto puede implicar alguna manifestación de los síntomas de la esquizofrenia.

Trabajo: Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad. El paciente esquizofrénico es considerado un ser discapacitado, la familia muchas veces no incentiva a que el paciente realice ninguna actividad, provocando poco a poco un deterioro mental más significativo. Por lo que es importante señalar que para evitar este deterioro el paciente debe mantenerse ocupado con una actividad de baja complejidad que provoca un mínimo estrés, ya sea barree, limpiar, así como también es importante la vigilancia a estos pacientes durante la realización de estas actividades, debido a que no se sabe que puede el paciente estar escuchando o viendo, lo que podía provocar que él se haga daño como a los demás.

Recreación: Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas. Debido a la medicación que estos pacientes son sometidos, estos tienden a subir de peso, para evitar la obesidad se suele recomendar la realización de ejercicios. Así como también algunos investigadores observaron que la realización de programas de ejercicios tanto física como recreativa (ludo, crucigrama) mejoran las condiciones del estado mental como la ansiedad y la depresión.

Educación: Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona con esquizofrenia.

2.1.2.2.2 Tratamiento

Es importante brindar los cuidados adecuados frente al tratamiento de la esquizofrenia para disminuir los síntomas y favorecer la integración del paciente a la sociedad.

Uno de los principales cuidados a tener en cuenta es la administración del tratamiento farmacológico en su dosis completa y en su horario correspondiente, y no incurrir en el abandono del tratamiento. La esquizofrenia es una enfermedad compleja que no solo se caracteriza por la presencia de sintomatología psicótica sino porque también genera incapacidades severas. Las discapacidades denominadas psicosociales se refieren a las dificultades que presentan los pacientes y que afectan diversas áreas en el ámbito psicosocial. Por estos motivos es que se han establecido terapias psicosociales, la cual es otro elemento clave, junto con la medicación, en el tratamiento de la esquizofrenia. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

2.1.2.2.3 Situaciones especiales

Trastornos relacionados con el uso de sustancias: Los trastornos relacionados con el uso de sustancias constituyen un factor de morbilidad importante

cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia. Entre las sustancias más comunes se encuentran el alcohol, la marihuana, anfetaminas, la cocaína, la nicotina, entre otros, éstos ocasionan efectos negativos en el paciente y mayores costos en los servicios de salud. Se desarrollan efectos dramáticos en el curso clínico del trastorno psicótico tales como: mayores recaídas, re-hospitalizaciones, síntomas más severos, no adherencia al tratamiento antipsicótico, cambios marcados del humor, aumento en el grado de hostilidad e ideación suicida, así como alteraciones en otras áreas del funcionamiento incluyendo violencia, victimización, indigencia y problemas legales. Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con estos trastornos asociados sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación. (22).

Esquizofrenia y suicidio: El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general, la probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es nueve veces más elevada. Algunos datos indican que tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden disminuir el riesgo de suicidio. No obstante, la clozapina es el que se ha estudiado con mayor profundidad, y se ha demostrado que reduce los porcentajes de suicidio y el

comportamiento suicida persistente. Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un período de vulnerabilidad del paciente. Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados, y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo familiar. Es posible que deba aumentarse el número de visitas cuando sufra crisis personales, cambios significativos en el entorno, aumentos del malestar o depresión que se agudiza durante el curso de su enfermedad.

Conducta violenta: La conducta violenta puede aparecer en los pacientes con esquizofrenia y su incidencia varía en función del carácter más o menos agudo o grave de la psicosis. Los factores de riesgo generales son: antecedentes de detenciones previas, uso de sustancias, presencia de alucinaciones, delirios o conductas extrañas, deterioro neurológico, sexo masculino, clase socioeconómica baja, escasos estudios y soltería. El tratamiento de la agresión puede realizarse a menudo con tratamiento conductual y mantenimiento en ámbito restringido y si fuera necesario, la hospitalización.

Síntomas depresivos: Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la

psicopatología de la esquizofrenia y son comunes en todas sus fases. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad se ha de realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la influencia de los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos, las actitudes personales o el uso de sustancias. Se recomienda tratar los síntomas depresivos preferiblemente con antipsicóticos de segunda generación. Es posible añadir antidepresivos como complemento de los antipsicóticos cuando los síntomas depresivos cumplen los criterios sindrómicos del trastorno por depresión mayor o son graves, causando un malestar significativo o interfiriendo con la funcionalidad del paciente. (22)

2.1.2.3 ACTITUDES

2.1.2.3.1 Definición

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (24).

Existen múltiples y variadas definiciones de actitud, ya en 1935 Allport recopiló más de cien. Esta gran cantidad de definiciones existentes nos informa ya de la ambigüedad del concepto y por lo tanto también de las dificultades metodológicas en su investigación. Así, nos encontramos con que frecuentemente las actitudes se asimilan a

valores, creencias, estereotipos, sentimientos, opiniones, motivación, perjuicios e ideología (25).

2.1.2.3.2 Componentes

Componente cognoscitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación.

Componente afectivo: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones (que se caracterizan por su componente cognoscitivo). El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud (15).

2.1.2.3.3 Formación de las actitudes

En las investigaciones acerca de la Psicología social, Silvia Ubillos y Dario Páez, señalan que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas comportamentales. En definitiva las investigaciones desde la perspectiva del condicionamiento clásico sugieren que nuestras actitudes pueden ser influenciadas por un contexto de experiencias por las que ha pasado un objeto, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable.

Una investigación clásica es la de Verplanck que encontró que el refuerzo verbal a través del reconocimiento diferencial de las opiniones de los sujetos producía una mayor frecuencia de declaraciones de opinión cuando éstas eran reforzadas positivamente. Igualmente, se menciona que otra serie de autores demostraron que las actitudes podían modificarse a través del refuerzo diferencial. (26)

2.1.2.3.4 Medición de las actitudes

En la medición de las actitudes se consideran las siguientes dimensiones:

Dirección: expresa el agrado o desagrado, la disposición favorable o desfavorable ante el objeto o acontecimiento.

Intensidad: grado del sentir del individuo ante el objeto o acontecimiento que se le presente. Junto con la dirección manifiestan el componente afectivo de las actitudes.

Centralidad: posición que las actitudes ocupan en la estructura de personalidad del sujeto, o la vinculación de estas a los intereses o creencias del sujeto. Cuando siente que son afectadas actitudes que tienen elevada centralidad el sujeto tiende a defenderse.

A lo largo de los últimos años se han ido desarrollando distintas escalas de medición de las actitudes que consideran las dimensiones anteriormente citadas; generalmente se usa la escala tipo Likert que está compuesta por un conjunto de proposiciones ante los cuales se pide la reacción de los sujetos,

2.1.2.4 LA FAMILIA Y EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

La familia es un sistema de personas unidas y relacionadas por vínculos de afecto y proximidad con parentesco o no, ésta conforma el núcleo de la sociedad capaz de influir en la salud de cada uno de sus miembros, pues representa la principal fuente de apoyo y cuidados. En tanto el estado de salud de un miembro de la familia y la reacción que él presente, influye en la dinámica familiar en el aspecto físico y psicosocial. Las familias de esquizofrénicos se enfrentan a importantes desafíos que afectan a la vida física, psicológica y social, incluyéndose las limitaciones financieras y las cargas emocionales y prácticas de los cuidadores de los pacientes (27).

La esquizofrenia, enfermedad crónica e incapacitante, hace al paciente dependiente de cuidados, por lo que la familia juega un rol importante pues brinda apoyo, afecto y ayuda con el fin de que el paciente cumpla su terapéutica; sin embargo, para la familia es un proceso difícil de entender y manejar. Al enterarse del diagnóstico de esquizofrenia, los familiares desconocen esta enfermedad y suelen no aceptar que los síntomas de su familiar sea parte de una enfermedad mental. Tras los diferentes estudios a los que se somete al paciente y de un periodo de tiempo mínimo de seis meses de síntomas se confirma el diagnóstico e intentan aceptar la enfermedad, esto genera miedo y culpabilidad causado por insuficiente información. Aunque el periodo de negación puede durar varios años, pues probablemente esto se deba a que éste es mentalmente más fácil de asumir que la aceptación; por lo que les resulta más fácil desvincularse del problema (10).

La familia ante ello debe sobreponerse y obtener información de lo que trata la esquizofrenia, como sus tratamientos, formas de combatirla, grupos de autoayuda, terapia familiar, y los cuidados pertinentes para ayudar al paciente a mantenerse estable. El familiar cuidador debe reconocer los síntomas de la enfermedad, más aún en etapas de episodios psicóticos, y saber cómo actuar en esos casos. Ya que reconocer algún brote psicótico de la enfermedad facilita la atención del servicio médico lo antes posible, de esta forma también se le cuidará durante su rehabilitación y previene que la persona con esta enfermedad se deteriore aún más.

La forma en que se desarrolla el proceso de afrontar la enfermedad dentro de la familia es importante en la evolución de la enfermedad, Ésta junto a los profesionales y el paciente formarán un equipo a favor del control de la enfermedad. Por ello es necesaria que exista una buena comunicación con los familiares para poder brindarles la información y la educación necesarias para entender la enfermedad.

La vida en familia se va deteriorando, existe mucha angustia, los familiares no asisten a acontecimientos sociales, empiezan las discusiones, muchos sufren de insomnio. Mientras tanto, el familiar cuidador se encuentra sometido a un estrés constante ya que el paciente necesita de todo su apoyo; sin embargo los problemas económicos, psicológicos y sociales que surgen ocasionan deficientes interacciones familiares lo que está asociado a un peor pronóstico para la persona con esquizofrenia.

Tras el primer episodio psicótico, el paciente al alta del hospital, queda al cuidado de la familia, ésta debe aprender acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad, con ello también irá disipando sus dudas.

2.1.2.4.1 La familia como cuidador del paciente con esquizofrenia

De acuerdo al modelo sistémico la familia representa un sistema, en consecuencia la conducta de uno de los miembros no se puede entender separada del resto, por lo cual cuando uno de los familiares enferma, la vida de la familia se transforma, y ésta necesita de

conocimiento, valor y paciencia para ejercer un cuidado eficaz con una orientación adecuada. Vicente Gradillas menciona un aspecto importante, como es la unión de la familia, lo cual impulsa al familiar a adoptar el rol de cuidador del paciente con esquizofrenia. Las reacciones de los familiares están influidas por la cohesión que exista entre ellos como grupo humano. Hay familias en las que cada sujeto funciona de un modo autónomo, dado que la mayor parte de las veces es difícil ponerse de acuerdo con el resto de los miembros de la familia sobre el cuidado del enfermo en común. Pero hay familias constituidas, que se caracterizan por fuertes vínculos afectivos entre las personas que las forman, lo que conlleva, a que manejen bien algunas formas agudas de la enfermedad, pero tienden a un proteccionismo exagerado, y a no favorecer la autonomía y la rehabilitación del enfermo. Por otro lado, el grado de obligación que el familiar siente de atender a su ser querido enfermo condicionará sus reacciones y actitudes hacia la esquizofrenia. A veces, el fuerte sentido del deber constituye el factor más decisivo que determina el cuidado de esta persona por parte del familiar, incluso cuando la relación previa a la enfermedad no ha sido buena. (28)

El papel de los familiares con el paciente es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que esta sea adecuada y orientada permanentemente (29).

2.1.2.4.2 Actitudes de familiares frente a la esquizofrenia

Las actitudes que las personas muestran hacia el paciente con esta enfermedad mental repercuten en su autoestima, y las relaciones que mantiene con su entorno social. Por tanto, los pacientes con esquizofrenia son muy susceptibles a las actitudes de quienes lo rodean, en particular, su familia. Según estudios, los familiares al inicio de la enfermedad brindan buen soporte emocional, van a visitar a su paciente hospitalizado, lo tratan con amor y paciencia cumpliendo con las necesidades emocionales de éste aunque muchas veces aún no aceptan la enfermedad ya que tienen escasa información acerca de ésta sumado al estigma y falsas creencias, lo representa un obstáculo en el cambio de actitud; sin embargo cuando el paciente tiene más de dos años de enfermedad incluyendo reingresos hospitalarios, la actitud de los familiares se modifica, se vuelven intolerantes, despreocupados e indiferentes; algunos optan por abandonarlo durante la hospitalización o llevarlo a una clínica que brinde cuidados para estos pacientes de por vida; entonces el soporte emocional se vuelve desfavorable para su rehabilitación (30).

Existe el estigma, que predispone a actitudes negativas hacia el paciente con esquizofrenia, donde existen creencias erróneas, actitudes de rechazo y temor que dificulta el proceso de recuperación y aumentan la discriminación. Los familiares suelen tener estigmas, que se manifiesta en la negación de que el paciente padezca

una enfermedad mental, rechazo a la ayuda profesional y por tanto, retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento (15).

De acuerdo a diversas investigaciones, las familias tienen dos tendencias en actitudes, hay hogares en los que hay demasiada implicación emocional hacia el paciente, como la sobreprotección que amedrenta la autonomía del paciente y la inconciencia de enfermedad cuando el familiar se encarga de todo, ello impide la recuperación y la adecuada convivencia. En cambio hay familiares que mantienen una actitud crítica hacia el paciente, que implica posible hostilidad, donde no se entienden los síntomas, y se etiqueta al paciente como una persona no cuerda e incapaz. Por tanto, los pacientes, quienes son tan sensibles al estrés de la familia, se encuentran expuestos a consecuencias negativas producto de sus actitudes. Los estudios demuestran que las personas con la enfermedad cuyos familiares tienen una actitud llena de comentarios hostiles y con comportamientos de auto-sacrificio tienen mayor probabilidad de recaída dentro de los 9 meses posteriores (31).

Ante ello, se sugiere que la familia converse de la problemática y llegue a un acuerdo con el propósito de lograr el mayor bienestar del paciente. Los miembros del hogar deben tener en cuenta varias pautas, como evitar en lo posible las situaciones de conflicto en la familia para reducir los factores estresantes. No es recomendable la

sobreprotección ni una conducta pasiva hacia el paciente. Se deben usar estrategias en las que se motive al paciente a que tome su medicación y acuda a los controles psiquiátricos junto a un familiar. La familia debe intentar comprender lo que le sucede al enfermo, sin recriminarle ni burlarse, ya que él ni la familia es culpable de esta enfermedad. Dentro del tratamiento, la familia necesita de psicoeducación para conseguir una conciencia aceptable de la enfermedad de esta forma también ayudarán a que el paciente tenga más interés en mejorar su adaptación. La familia, debe fomentar un clima de tranquilidad, donde el paciente pueda reconfortarse y apoyarse.

Las familias que ayudan al paciente son las que aceptan la enfermedad, incluyendo sus consecuencias así como también, juntos reciben la ayuda ofrecida; en el camino desarrollan una esperanza hacia el paciente y para sí mismos, entendiendo que se puede afrontar la enfermedad de la mejor forma para ayudar al paciente a que sea lo más independientemente posible. Por ello, uno de los objetivos más importantes es trabajar en la familia, ayudarles a entender la esquizofrenia y a aceptar la enfermedad, mejorar la comunicación dentro de la familia y la búsqueda de soluciones cuando se presentan problemas cambiando así las actitudes (32).

2.1.2.5 ROL DE ENFERMERÍA

Enfermería al desempeñar su rol dentro del campo de la salud mental, afronta diversas necesidades como la atención y educación acerca de los cuidados de las personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario y hospitalario. En sus intervenciones hacia la persona, familia y comunidad, potencia la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales en sus tres niveles, se desenvuelve en los diversos campos de la salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión. El profesional de enfermería en Salud Mental, se caracteriza por brindar un servicio humano de calidad, influenciado por la psicología humanista que busca potenciar el crecimiento personal y autorrealización, proveyendo de cuidados, mediante una relación interpersonal como nos manifiesta Hildegard Peplau, destinados a satisfacer la necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencial y rehabilitación de la salud mental.

El personal de enfermería en su rol de promoción de la salud mental cumple con un rol educativo tanto al paciente con esquizofrenia como a la familia, asimismo en el ámbito asistencial al cubrir la satisfacción de sus necesidades básicas, basándose en el modelo de las 14 necesidades fundamentales

por Virginia Henderson. Se resalta que educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama psicoeducación familiar, donde el profesional de enfermería como educador debe estar preparado para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente con el objetivo de evitar las recaídas, mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir la disfuncionalidad. (17).

2.1.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA:

Es la respuesta expresada por el familiar del paciente con esquizofrenia acerca de la predisposición mental que tiene basadas en creencias, sentimientos y acciones hacia aspectos generales de la esquizofrenia, para prestarle los cuidados relacionado a la higiene, alimentación, continuidad del tratamiento, asistencia al médico, la demostración de afectos, situaciones especiales de la enfermedad, el cual será obtenido a través de una escala de Likert modificada y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

FAMILIAR

Es la persona que tiene vinculo de consanguinidad (padre, madre, hermano, hijo) y/o tutor legal encargado del cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar y durante su hospitalización en el hospital psiquiátrico.

PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Es la persona con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentra hospitalizada en el Hospital Hermilio Valdizán ubicado en la ciudad de Lima Metropolitana.

2.1.4 VARIABLES. OPERACIONALIZACIÓN

La variable única en la presente investigación es:

- **La actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia:** Según el valor expresado es de tipo cualitativa ya que denota una propiedad del sujeto a estudiar.

La operacionalización de la variable se realizó mediante el uso de la “Matriz de Operacionalización de la variable”(Anexo B), donde se establecieron dos dimensiones: aspectos generales de la enfermedad y cuidados del paciente con esquizofrenia. El valor final de la variable fue favorable, medianamente favorable y desfavorable.

2.2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo porque permite al investigador examinar los datos de forma numérica, nivel aplicativo, es descriptiva según el análisis y alcance de resultados, de corte transversal ya que se permitirá presentar los

datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado y de diseño no experimental.

2.2.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 53 familiares de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, 23 del servicio N°2 de varones y 30 del servicio N°4 de mujeres del Hospital Hermilio Valdizán, que asisten regularmente los días de visita y que son responsables del cuidado del paciente en el hogar y durante la hospitalización. No se realizó muestreo.

2.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familiar responsable del cuidado del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Familiar con dominio del idioma castellano oral y escrito.
- Familiar del paciente que acepten participar en el estudio

2.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familiar que presente algún trastorno mental discapacitante.

2.2.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Familiar que no complete el instrumento

2.2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento aplicado fue la Escala Tipo Likert Modificada (Anexo A), el cual consta de presentación, datos generales como la edad, el sexo, el estado civil, el grado de instrucción, la ocupación, parentesco con el paciente y tiempo de enfermedad del paciente. A continuación se encuentran las instrucciones e ítems de los datos específicos, los que están divididos en positivos y negativos distribuidos aleatoriamente que permitirá evaluar las dimensiones de la variable, en la que se encuentran los aspectos generales de la enfermedad y el cuidado del paciente con esquizofrenia, formando un total de 32 ítems, por medio de su aplicación se obtendrá información del sujeto de estudio mediante múltiples opciones: siempre, algunas veces y nunca. En el caso de que el ítem sea positivo, la puntuación máxima es 3 para siempre, 2 para algunas veces y 1 para nunca; de ser un ítem negativo, siempre equivale a 1 punto, algunas veces a 2 puntos, y nunca tiene un valor de 3 puntos.

2.2.7 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Con el fin de realizar la recolección de datos; se solicitó una carta a la escuela profesional de enfermería pidiendo permiso al Dr. Carlos Saavedra, director del hospital en ese periodo. Se envió a mesa de partes del hospital, un protocolo y un proyecto de la investigación adjuntando dos CDs, con el formato de solicitud del hospital y la carta de la escuela de enfermería. Dichos documentos pasaron a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del hospital, en donde la médico encargada dio sugerencias, las cuales fueron subsanadas y aprobadas; las gestiones mencionadas se efectuaron desde el día 26 de Febrero al día 02 de Mayo del presente año. Al día siguiente con la aprobación del Director del Hospital, se solicitó permiso a la Jefa del Departamento de Enfermería, especificando que la aplicación del instrumento sería en el horario de visita durante los siguientes 15 días; para lo cual se envió el proyecto de investigación y fue aceptado en los días posteriores.

La recolección de datos inició el 07 de Mayo, durante el horario de visita desde las 2:30 pm a 4:30 pm; los lunes, miércoles y viernes se desarrolló la encuesta en el pabellón de varones; los martes, jueves y sábados se realizó la misma en el de mujeres y los días domingos se aplicó el instrumento en ambos pabellones. Durante este periodo se realizaron las coordinaciones con el enfermero a cargo del servicio, quien brindaba información acerca de los ingresos y altas del día; asimismo se hizo uso del kárdex e historia clínica para reconocer

el diagnóstico real en cada uno de los pacientes y poder separar a los que padecían otras enfermedades. Al iniciar la aplicación de la Escala Tipo Likert; se procedió a explicar con detenimiento el instrumento, resaltando los objetivos de la investigación y el consentimiento informado. Cada encuesta tomó un tiempo de 20 a 30 minutos, fue realizada a 53 familiares, al finalizar se agradeció a cada familiar por su colaboración.

Luego de recolectados los datos se colocaron códigos a cada instrumento para establecer un orden y diferenciación entre cada pabellón, éstos fueron procesados mediante el programa de Microsoft Excel 2010, previa elaboración del Libro de Códigos de los datos generales y específicos (anexo E). Para la medición de la variable “Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia”, se utilizó la Escala de Stanones para clasificar los resultados en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

2.2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la validez de contenido se utilizó el juicio de expertos donde el instrumento fue evaluado por 8 jueces (tres médicos psiquiatras, cuatro enfermeros especialistas en salud mental y una licenciada en psicología) donde se obtuvo la concordancia establecida mediante la Prueba Binomial, en el que P resultó 0.0084, siendo un grado de concordancia significativa; dado que según esta prueba si $P < 0.05$ la concordancia entre los jueces expertos es significativa.

En la presente investigación, se determinó la confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Crombach, el cual es aplicable a escalas de varios valores posibles, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tienen como respuesta más de dos alternativas. En tal sentido, su fórmula determinó el grado de consistencia y precisión; obteniéndose un valor ≥ 0.6 para considerar al instrumento confiable. Este coeficiente se aplicó a una prueba piloto compuesto por 13 familiares de pacientes del Hospital Hermilio Valdizán, del cual se obtuvo un valor de 0,65 lo que significa que el instrumento es altamente confiable.

2.2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar la investigación, se realizaron los trámites administrativos correspondientes a fin de obtener la autorización del Hospital y Departamento de Enfermería. Asimismo, para la presente investigación se solicitó el consentimiento informado a los familiares responsables, expresándoles que la información es de carácter anónimo, confidencial y solo será usado para los fines de la investigación.

2.2.10 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se solicitó el consentimiento informado (Anexo B) a los familiares responsables y/o tutores legales como proceso fundamental en la autonomía del sujeto de estudio, en el que éste accede de forma voluntaria a participar en la investigación,

previa información del propósito de la investigación, la técnica de recolección de datos y su respectivo instrumento, así también de los escasos riesgos y grandes beneficios de contar con su participación, los cuales son de importancia ya que estará basado en el respeto a la persona. Se tomaron en cuenta la aplicación de los principios de la bioética, que comprenden la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia en la elaboración del consentimiento informado, comunicando que el encuestado posee libertad de decisión para participar, no habrá presión ni persuasión para su participación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Culminada la etapa de recolección de datos, éstos fueron procesados en Microsoft Excel y presentados en gráficos y/o tablas, para realizar el análisis y la interpretación considerando el marco teórico, así tenemos que:

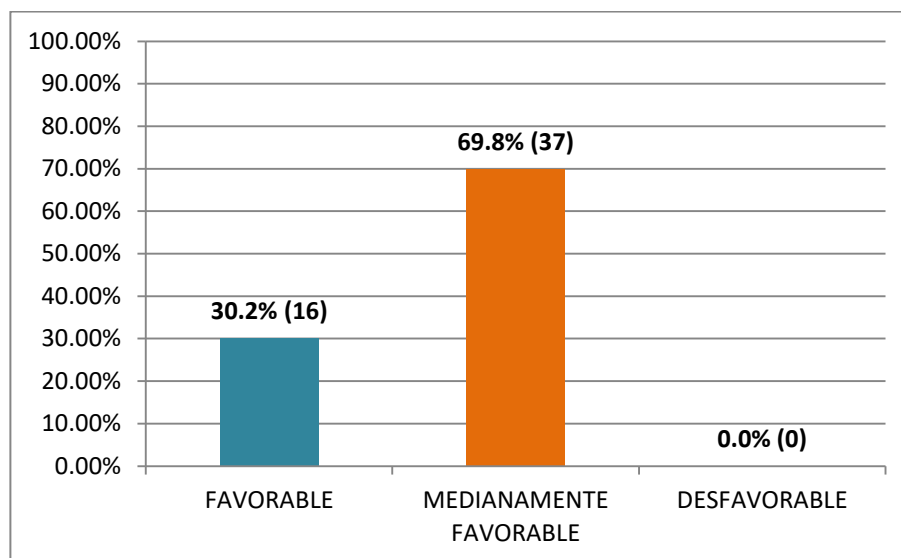
3.1.1 DATOS GENERALES

Del 100% (53) de los familiares encuestados, en cuanto a la edad el 56,60% (30) tienen entre 30 y 59 años de edad y el 28,30% (15) tienen 60 años; y en cuanto al sexo, el 66,04% (35) de personas fueron de sexo femenino. Con respecto a su estado civil, el 30,19%(16) fueron solteros, 24,53% (13) fueron casados, mientras que el 3,77% (2) fueron separados. Sobre el grado de instrucción, del total de familiares, el 30,19% (16) presentó secundaria completa, el 18,87% (10) tenía educación superior completa, mientras que el 16,98% (9) fueron familiares con educación primaria incompleta. En cuanto al parentesco, del total de familiares, 39,62% (21) fueron madres de los pacientes y 24,53% (13) fueron los hermanos de los pacientes. Acerca de la ocupación de los familiares, el 41,51% (22) son familiares desempleados, el 28,30% (15) son trabajadores dependientes mientras que el 26,42% (14) son trabajadores independientes. En cuanto al tiempo de enfermedad, el 47,17% (25) son pacientes con diagnóstico de esquizofrenia entre 1 a 5 años, mientras que el 26,42% (14) han sido pacientes con diagnóstico de esquizofrenia menor a 1 año.. (Anexo J)

3.1.2 DATOS ESPECÍFICOS

En cuanto a las actitudes del familiar hacia el paciente con esquizofrenia se obtuvieron los siguientes resultados:

GRÁFICO N° 1
ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
DE LIMA METROPOLITANA
LIMA - PERÚ
2018

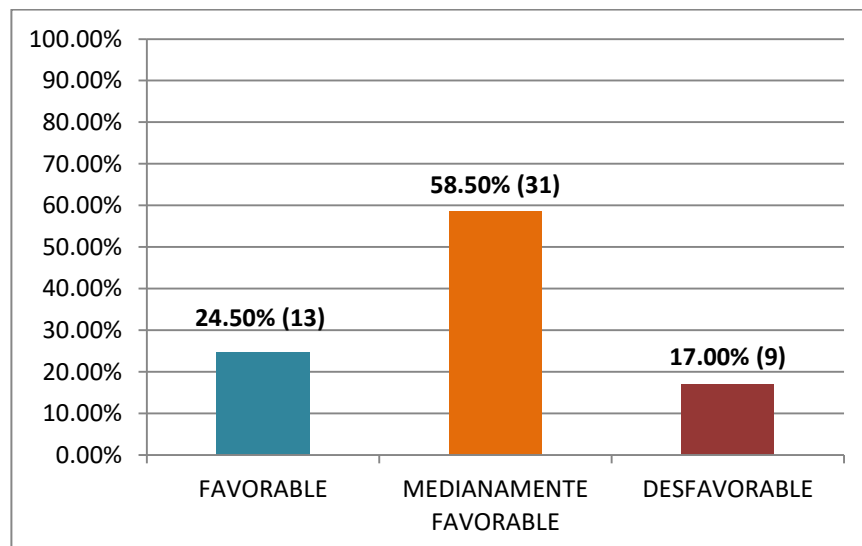


Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

En el gráfico N° 1, se presenta la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, donde se observa que el 69,8% (37) presenta una actitud medianamente favorable, mientras que el 30,2% (16) presenta una actitud favorable.

GRÁFICO Nº 2

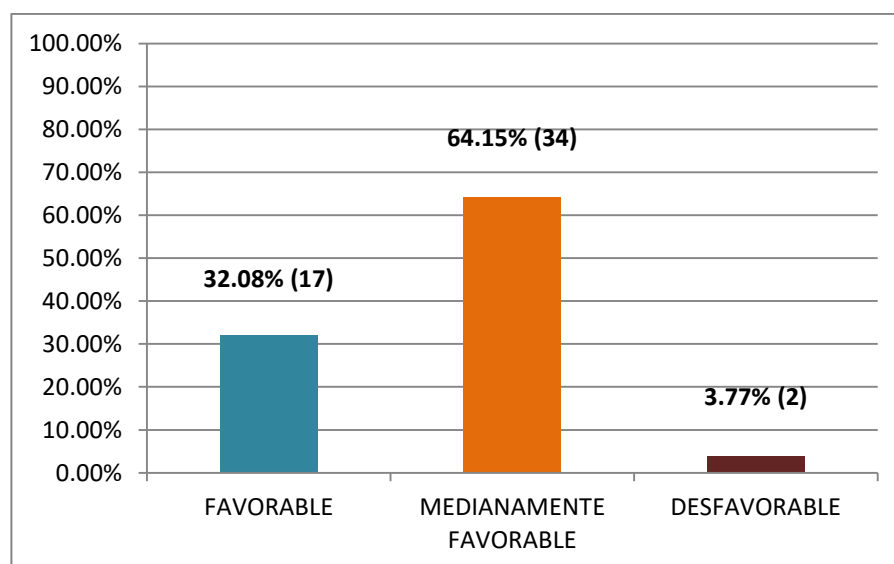
**ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA EN LA DIMENSIÓN ASPECTOS
GENERALES DE LA ENFERMEDAD
EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
DE LIMA METROPOLITANA
LIMA - PERÚ
2018**



Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

En el gráfico Nº 2, en relación a la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión aspectos generales de la enfermedad en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, se observa que el 58,50% (31) presenta una actitud medianamente favorable y el 17% (9) muestra una actitud desfavorable.

GRÁFICO Nº 3
ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA EN LA DIMENSIÓN CUIDADOS
DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA
EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
DE LIMA METROPOLITANA
LIMA - PERÚ
2018



Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

En el gráfico Nº 3 con respecto a la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión cuidados del paciente en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, el 64,15% (34) presenta una actitud medianamente favorable, mientras que el 32,08% (17) presenta una actitud favorable y sólo un 3,77% (2) presenta una actitud desfavorable.

3.2 DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico, grave e incapacitante que afecta a uno de cada cien personas a nivel mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su inicio suele darse en la etapa de la adolescencia. Esta enfermedad, a nivel nacional, tiene un gran impacto en la salud pública, afectando la calidad de vida de la persona enferma y su familia. Esta última constituye un sistema de personas unidas con o sin vínculo de parentesco que tiene la responsabilidad de brindar apoyo biopsicosocial a la persona con este diagnóstico; por tanto sus miembros deben aprender a convivir con la enfermedad, realizando interacciones familia-paciente que generen actitudes positivas. La esquizofrenia en la familia influye en su dinámica, en el aspecto físico y psicosocial, causando desestabilización emocional; por lo cual la familia se somete a un proceso de adaptación para mantener la integridad del grupo.

Considerando que el entorno familiar influye significativamente en el pronóstico de esta enfermedad; sus actitudes influyen, generando un impacto emocional, por lo tanto la familia debe estar preparada para acompañar y cuidar del paciente en todas sus etapas, ya sea en los episodios psicóticos o fase aguda, en la fase de estabilización y en la fase de mantenimiento. Además, un funcionamiento familiar óptimo favorece la búsqueda de nuevas estrategias de afrontamiento, fomentando mayor adherencia a los tratamientos, posibilitando mejoría en la adaptación al entorno social y en lo comportamental.

Algunos miembros de la familia, especialmente aquellos que tienen poco conocimiento de la enfermedad del paciente, pueden ser altamente críticos o sobreprotectores en sus actitudes lo que

aumentaría significativamente el riesgo a recaídas futuras, por ello el enfermero desempeña un rol fundamental en el ámbito hospitalario y comunitario sobre la educación de los cuidados del paciente con esquizofrenia.

El enfermero en su rol educador realiza intervenciones familiares que incluyen los cuidados de sus necesidades básicas y cómo mejorar las actitudes cognitivas, afectivas y conductuales de la familia frente al paciente con esquizofrenia, con el fin de, concientizar a la misma de la importancia de su implicancia y colaboración, brindar conocimiento a la familia sobre la enfermedad y como la misma se relaciona con el estrés, ofrecer a la familia estrategias de afrontamiento al estrés, brindar a la familia herramientas para detectar signos de recaídas para intervenir de forma temprana, continuidad en la toma de medicación por parte del enfermo y ayudar a la familia a ajustar sus expectativas a un nivel realista.

Tomando en cuenta estas consideraciones en la presente investigación, se ha evidenciado que el 69,8% de familiares presenta una actitud medianamente favorable hacia el paciente con esquizofrenia, lo cual coincide con la investigación “Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán - 2010”. Es necesario mencionar que con el paso de los años, la cantidad de familiares con dicha actitud ha aumentado lo que denota que los familiares no son sensibilizados totalmente acerca de la esquizofrenia y su cuidado, probablemente esto haya influido en la cantidad de pacientes hospitalizados con este diagnóstico en el año 2017, que según el departamento de Estadística del Hospital Hermilio Valdizán representa el 48,15% del total de pacientes internados, sin embargo en nuestros resultados han disminuido notablemente las actitudes negativas a un

cero absoluto, por lo cual se percibe que la discriminación ha disminuido; pese a ello es importante que el enfermero en su labor de psicoeducación refuerce diversos aspectos.

Como se observa en los resultados, en la dimensión aspectos generales de la enfermedad, el 58,50% de familiares tiene una actitud medianamente favorable, existe un 17% que mantiene actitudes desfavorables, lo que condiciona probablemente el componente cognitivo de la enfermedad, que demuestra que aún existe persistencia de probable rechazo y que sigue siendo una barrera para el desarrollo de la salud pública, lo que se evidencia en los indicadores de síntomas y pronóstico, en éstos predomina una actitud medianamente favorable y en segundo lugar se encuentra una minoría significativa con actitudes desfavorables; por lo que es probable que aún persista creencias erróneas como que el padecer de este trastorno involucra que exista agresividad en el paciente; que no pueda trabajar y si podría tener hijos, asimismo podría existir escasa información en el cuidador acerca de los signos de alerta como escuchar voces o que jamás podrá controlar su enfermedad y deberá permanecer hospitalizado toda su vida. Esto genera la necesidad de realizar futuros estudios para fortalecer los conocimientos de la población, y así mejorar las actitudes en general de las familias hacia la persona con esquizofrenia.

De acuerdo a los hallazgos en cuánto a la dimensión de aspectos generales, en el indicador de tratamiento el 81,13% de la población presenta actitudes favorables, sin embargo en la dimensión de cuidados del paciente con esquizofrenia en el mismo indicador la actitud favorable disminuye notablemente a 45,28%, que evidencia que la gran mayoría de cuidadores conoce de la importancia de un adecuado tratamiento aunque denota menos predisposición hacia el

cuidado en sí; que implica estar atentos si el paciente discontinúa su tratamiento, brindarle motivación para que tome su medicamento, llevarlo a sus citas correspondientes, etc. Estos resultados se asemejan a los del estudio “Actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un hospital de la ciudad de Lima 2015”, puesto que son en poblaciones similares al estudio.

Vicente Gradillas en su libro “La Familia del Enfermo Mental: la otra cara de la psiquiatría” menciona que las reacciones de la familia están influidas por la cohesión que exista entre ellos como grupo humano, lo cual los impulsa a adoptar el rol de cuidador; ello se ve evidenciado en la dimensión cuidados del paciente con esquizofrenia, ya que la actitud es medianamente favorable; lo cual al ser comparado con los resultados de la investigación “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014”, difiere ya que la mayoría presenta actitudes favorables; por lo que se demuestra que hay una mediana disposición a cuidar al paciente influida por la cohesión familiar de miembros con estrechos vínculos afectivos.

En lo que se refiere a los indicadores de la dimensión cuidados del paciente con esquizofrenia, el 67,92% de la población encuestada presenta una actitud medianamente favorable hacia la comunicación, sumado al 18,87% de familiares que presenta una actitud desfavorable; representan una mayoría importante del total, que evitan conversar con su familiar sobre la enfermedad y mantener contacto con éste mientras se encuentra irritable; lo que podría deberse a distintos factores como las alteraciones en el pensamiento, percepción, comportamiento del paciente o miedo, estrés y desconocimiento del familiar, Estos resultados difieren con los hallados en la investigación de Nolasco,

Milagros, mencionado en el párrafo anterior, ya que la investigadora encuentra actitudes favorables predominantes en ese indicador.

Resulta relevante mencionar que todos los resultados expuestos se ven influenciados por las características de la población encuestada, ya que la mayoría resultaron ser familiares cuidadores en etapa adulta madura, con predominancia del sexo femenino. Así como también una gran mayoría eran personas desempleadas como amas de casa o personas sin empleo momentáneo; que se dedicaban sólo al cuidado de su familiar hospitalizado.

Por todo lo expuesto, la educación a las familias del paciente con esquizofrenia, que contribuye a disminuir el estrés, la sobrecarga emocional, el estigma, las falsas creencias, el desconocimiento que predisponen a actitudes negativas, ya que se proporciona información valiosa sobre la esquizofrenia resulta muy importante. El enfermero utilizando la psicoeducación, que consiste en la variedad de técnicas educativas para brindar conocimientos a los pacientes y sus familias con el objetivo de evitar las recaídas, mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir la disfuncionalidad, educará e informará a la familia desde una perspectiva biopsicosocial sobre la esquizofrenia haciendo uso de la psicología humanista, que involucra al paciente como un todo e intenta potenciar sus cualidades, modificando así las actitudes de la familia y cuidador; asimismo lo afirma los investigadores Cuevas Cancino y Moreno Pérez en su artículo Psicoeducación: Intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora.

Está demostrado que las actitudes solidarias y tolerantes tienen una gran influencia que hacen que la adaptación del paciente a la comunidad sea más fácil y que el paciente continúe el tratamiento

Por último es necesario tener en cuenta que el impacto que causa la esquizofrenia, no afecta del mismo modo a los diferentes miembros y a las relaciones establecidas dentro de la familia, cada indicador es abarcado por diferentes actitudes, asimismo cada familiar tiene responsabilidades diferentes y características de personalidad distinta, en consecuencia, cada uno de los integrantes del grupo familiar suele adaptarse según sus propias posibilidades, recursos y habilidades y mantener actitudes diferentes

.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Después de presentar los resultados y realizar la discusión de las mismas, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana es de medianamente favorable, existiendo otra cantidad significativa de una actitud favorable.
- La actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión aspectos generales de la enfermedad en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana es de medianamente favorable, existiendo otra cantidad significativa de una actitud favorable.
- La actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión cuidados del paciente en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana es de medianamente favorable, existiendo otra cantidad significativa de una actitud favorable.

4.2 RECOMENDACIONES

- Que las autoridades del hospital en coordinación con el departamento de enfermería y jefatura de consulta externa reflexionen sobre los hallazgos y le permitan diseñar programas de educación sostenibles y de forma interdisciplinaria involucrando al médico, enfermera, psicólogo, entre otros con estrategias participativas orientado a los familiares para promover su participación activa en el cuidado del paciente en el hogar.
- Que se realicen investigaciones de tipo cualitativo que tengan como objeto de estudio a la familia de pacientes que asisten a consulta externa y se encuentran hospitalizados en el HHV; con el fin de identificar necesidades e intervenir de forma personalizada.
- Que se realicen estudios comparativos en las diferentes instituciones de salud mental en los familiares que tienen a su paciente en su primera hospitalización con aquellos que llevan varios internamientos, de esta forma educarlos de forma más personalizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud - Esquizofrenia. Nota descriptiva N° 397. [Online].; Abril - 2016. Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>.
2. Alonso Riba X. Asociación Catalana de Familiares y Enfermos de Esquizofrenia (ACFAMES). [Online]. Barcelona; 2016. Available from: Disponible en: Http://www.acfames.org/index.php?ion=com_content&view=article&id=208:deterioro-cognitiv.
3. Bernardo M, Córdoba R, Torales J. ¿Qué sabemos de la esquizofrenia? Guía para pacientes y familiares. In Latina APdA. Versión para América Latina. España; 2015. p. 9.
4. Hospital Hermilio Valdizán. Estadísticas de Médicos Psiquiatras. Oficina de estadística e informática - Sistema de Información - HHV. [Online].; 2017. Available from: <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas.htm>.
5. Liberman R, Kopelwicz A. Un Enfoque Empírico de la Recuperación de la Esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. Rehabilitación Psicosocial. Los Angeles - California. 2005; 1(1)(12-29).
6. Li-Quiroga ML, Alipázaga-Pérez P, Osada J, León-Jiménez F. Nivel de Sobrecarga Emocional en Familiares Cuidadores de Personas con Esquizofrenia en un Hospital Público de Lambayeque - Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2015; 78(04): p. 232-239.
7. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Alrededor del 24% de su Ingreso Gastaría una Familia en el Tratamiento de una Enfermedad Mental. Sala de Prensa Virtual, Oficina de Comunicaciones. [Online].; Lima, 2016. Available from: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa>
8. Ministerio de Salud Del Perú. Organización Panamericana de la Salud. Informe Sobre los Servicios de Salud Mental del Subsector.

Ministerio de Salud del Perú. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). [Online].; Lima, 2008. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_saludmental_minsa2008.pdf.

9. Valencia C M, Rascón G M, Quiroga H. Aportaciones de la Investigación respecto al Tratamiento Psicosocial y Familiar de Pacientes con Esquizofrenia. Salud Mental. [Online].; 2003;26(5):1-18. Available from: <Http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252601>.
10. Caravedo Velaochaga C. Concepciones de Enfermedad Mental en Familiares de Pacientes Psiquiátricas Hospitalizadas. [Online].; Lima-Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2015. Available from: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6532>.
11. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y Cuidados. In. España: Editorial Médica Panamericana. Vol II; 2011.
12. Granados G, Sánchez M. Enfermería en Salud Mental Madrid - España: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
13. Campo Revilla I, Yllá Segura L, Gonzáles-Pinto Arrillaga A, Bardaji Suárez P. Actitud de la familia hacia el enfermo mental.. Actas Especiales de Psiquiatría. España, 2010; 38(1: 57-64).
14. Hernández Miranda MR. Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría. México: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí; 2010.
15. Álvarez L, Almeida O. Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. Revista de la Facultad de Medicina. abril, 2008; v. 56, n. 2, p. 91-100(Disponible en:<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14921>).

16. Mariño L. Actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un hospital de la ciudad de Lima 2015. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; 2016.
17. Nolasco M. Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar HVLH 2014. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; 2015.
18. Llanos M. Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán 2010. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; 2010.
19. Velásquez D. Cuidar La Salud Emocional ¿La esquizofrenia es hereditaria? [Online].; 2016. Available from: <http://www.cuidatusaludemocional.com/esquizofrenia-hereditaria.html>.
20. Hospital Hermilio Valdizán. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Tercer Nivel de Atención. , Santa Anita. Lima; 2012.
21. Arango C, Bombín I. Diagnóstico diferencial de los síntomas negativos en la esquizofrenia. Psiquiatria.com. Artículo. Psicosis. [Online].; 2001. Available from: <http://psiqui.com/2-1001>.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Nº 2006/05-2.; 2009.
23. Vila L. Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con Esquizofrenia. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. España: Universitat de Lleida, Lleida; 2016.

24. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Actitudes: Definición y Medición. Componentes de la Actitud. Modelo de la Acción Razonada y Acción Planificada. In Psicología Social, Cultura y Educación. España: Editorial Pearson; 2004. p. Capítulo X.
25. Álvarez M, López S, Ortego MdC. Tema 4. Las Actitudes. In Ciencias Psicosociales I. España: Universidad de Cantabria; 2009.
26. Fernandez I, Páez D, Ubillos S, Zubieta E. Psicología Social, Cultura y Educación. España: Editorial Pearson Educación; 2004.
27. García C, col. RDe. Libro Salud Familiar y Enfermería. 85th ed. Distrito Federal, México. Universidad Nacional Autónoma de México : Editorial El Manual Moderno S.A.; 2016.
28. Gradillas V. La Familia del Enfermo Mental: La otra Cara de la Psiquiatría pag.XV-3. , editor.: Ed. Díaz De Santos; 2014.
29. Valencia C, Rascón G, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Medigraphic. Año 2003; N° 5. Pagina 18.
30. Mendoza M. Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicio de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009. Tesis para optar el título de licenciada de enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; 2010.
31. Glynn S. Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. Semel Institute, UCLA, RET, Revista de Toxicomanías. 2013; N°70(21).
32. Miguel B. La Esquizofrenia Guia interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración: Editorial Fundación Clínica per a la Recerca Biomédica. ; 2006.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	PÁG.
A. Operacionalización de la variable	I
B. Consentimiento informado	III
C. Matriz de consistencia del instrumento	IV
D. Instrumento	VII
E. Libro de códigos	X
F. Validez de contenido	XIII
G. Confiabilidad del instrumento	XIV
H. Escala de Stanones	XV
I. Matriz de datos	XVI
J. Edad de los familiares del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima- Perú 2018.....	XVIII
K. Sexo de los familiares del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima - Perú 2018.....	XIX
L. Estado civil de los familiares del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima- Perú 2018.....	XX
M. Ocupación de los familiares del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima- Perú 2018.....	XXI
N. Grado de instrucción de los familiares del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima- Perú 2018.....	XXII

O. Parentesco de los familiares del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima -Perú 2018.....	XXIII
P. Tiempo de enfermedad del paciente con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima- Perú 2018.....	XXIV
Q. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima – Perú 2018.....	XXV
R. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión cuidados del paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima – Perú 2018.....	XXVI
S. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión aspectos generales de la enfermedad según sus indicadores en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima – Perú 2018.....	XXVII
T. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión aspectos generales de la enfermedad según sus indicadores en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima–Perú 2018.....	XXVIII
U. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en la dimensión cuidados del paciente con esquizofrenia según sus indicadores en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana Lima – Perú 2018	XXIX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia	Se define como una predisposición subyacente del familiar que lo conduce a evaluar favorable o desfavorablemente una situación en este caso, la esquizofrenia, como trastorno psicótico grave. Estas actitudes presentan tres componentes: la componente cognitivo, que describe creencias y conocimientos;	Es la respuesta expresada por el familiar del paciente con esquizofrenia acerca de la predisposición mental que tiene basadas en creencias, sentimientos y acciones hacia aspectos generales de la esquizofrenia, para prestarle los cuidados relacionado a la higiene, alimentación, continuidad del tratamiento, asistencia	<p>Aspectos generales sobre la enfermedad.</p> <p>Cuidado del paciente con esquizofrenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etiología • Síntomas • Tratamiento • Pronóstico y evolución • Higiene personal • Demostración de afecto • Comunicación • Alimentación • Tratamiento • Situaciones Especiales 	<p>El valor que tomará la variable serán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable • Medianamente favorable • Desfavorable

	<p>componente afectivo que va acompañado de la emoción y el componente conductual que describe la tendencia de la persona a actuar; todos ellos referidos al familiar respecto a la persona que padece de esquizofrenia.</p>	<p>al médico, la demostración de afectos, situaciones especiales de la enfermedad, el cual será obtenido a través de una escala de Likert modificada y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.</p>			
--	--	--	--	--	--

ANEXO B
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Srta. Blanca Guzmán Mamani, estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se me ha explicado que el propósito de la investigación es explorar la actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en el presente hospital.

También entiendo que si participo en el proyecto, me preguntarán sobre mis pensamientos, sentimientos y acciones respecto a un paciente con esquizofrenia.

Asimismo, entiendo que procederé a responder una encuesta, que será dirigida por la investigadora. Entiendo que si deseo, puedo retirarme de este estudio sin que genere consecuencias negativas. Se me ha explicado que las respuestas a la entrevista son de carácter confidencial y nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual. Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme con la srta. Blanca Guzmán al teléfono 966719144.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma del Participante

Firma de la investigadora

Fecha: _____

ANEXO C

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/ INDICES/ ENUNCIADO
Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia	Aspectos generales sobre la enfermedad.	Etiología	1. Entiendo que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta si uno o más familiares tienen esta enfermedad. 4. Me gustaría aprender más sobre la esquizofrenia.
		Síntomas	2. Considero que una persona con esta enfermedad, puede ponerse agresivo en cualquier momento. 10. Pienso que los pacientes con esta enfermedad no distinguen sus alucinaciones de la realidad. 25. Me preocupa cuando mi familiar empieza a escuchar voces.
		Tratamiento	6. El tratamiento farmacológico es importante porque ayuda a disminuir los síntomas de una persona con esquizofrenia. 8. Es conveniente que mi familiar asista a un programa de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.
		Pronóstico y evolución	3. Considero que mi familiar debe permanecer hospitalizado toda su vida. 5. Considero que la persona con esta enfermedad nunca la podrá controlar y llevar una vida tranquila. 7. Las personas con esta enfermedad no deberían de tener hijos. 9. Las personas con esta enfermedad no deberían de trabajar.

	Cuidado del paciente con esquizofrenia	En el Tratamiento	11. Desde que mi familiar se hospitalizó, pienso que cuando mejore debe retornar a casa.
			12. Apoyo a mi familiar en todo lo que me indican para su mejora. 13. Me siento satisfecho cuando superviso a mi familiar tomar el medicamento indicado. 14. Estoy dispuesto a llevar a mi familiar a su control médico periódico en las fechas indicadas. 15. Estoy dispuesto a motivar a mi familiar cuando no tiene ganas de tomar su medicación. 21. Me incomoda acompañar a mi familiar a su terapia de rehabilitación. 32. Me angustia pensar que mi familiar abandone el tratamiento para la esquizofrenia. 16. Soy cariñoso con mi familiar hospitalizado. 18. Me resulta agradable visitar a mi familiar en el hospital. 23. Me da vergüenza que los vecinos se enteren que mi familiar tiene esquizofrenia. 17. Trato de que mi familiar se encuentre aseado y con ropa limpia todos los días. 20. Trato de ayudar a bañar a mi familiar. 19. Evito conversar con mi familiar sobre su enfermedad. 30. Evito tener contacto con mi familiar cuando está irritable.

		En la Alimentación	22. Me resulta desagradable sentarme a la mesa y compartir los alimentos con mi familiar enfermo.
		En situaciones especiales	24. Prefiero no involucrarme con los problemas ocasionados por la enfermedad de mi familiar.(consumo de drogas y alcohol). 26. Cuando mi familiar se torna violento, me pongo irritable. 27. Me preocupa pensar que mi familiar se puede hacer daño a sí mismo. 28. Me incomoda que mi familiar se hospitalice con mucha frecuencia. 29. Trato de que mi familiar cuando esté irritable no dañe a otras personas. 31. Siento temor cuando mi familiar se torna agresivo.

III. INSTRUCCIONES:

A continuación, leerá atentamente los siguientes enunciados a lo que responderá con total sinceridad, marcando con un aspa "X", según usted considere conveniente.

Enunciados	Siempre	Algunas veces	Nunca
1) Entiendo que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta si uno o más familiares tienen esta enfermedad.			
2) Considero que una persona con esta enfermedad, puede ponerse agresivo en cualquier momento.			
3) Considero que mi familiar debe permanecer hospitalizado toda su vida.			
4) Me gustaría aprender más sobre la esquizofrenia.			
5) Considero que la persona con esta enfermedad nunca la podrá controlar y llevar una vida tranquila.			
6) El tratamiento farmacológico es importante porque ayuda a disminuir los síntomas de una persona con esquizofrenia.			
7) Las personas con esta enfermedad no deberían de tener hijos.			
8) Es conveniente que mi familiar asista a un programa de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.			
9) Las personas con esta enfermedad no deberían de trabajar.			
10) Pienso que los pacientes con esta enfermedad no distinguen sus alucinaciones de la realidad.			
11) Desde que mi familiar se hospitalizó, pienso que cuando mejor debe retornar a casa.			
12) Apoyo a mi familiar en todo lo que me indican para su mejora.			
13) Me siento satisfecho cuando superviso a mi familiar tomar el medicamento indicado.			
14) Estoy dispuesto a llevar a mi familiar a su control médico periódico en las fechas indicadas.			
15) Estoy dispuesto a motivar a mi familiar cuando no tiene ganas de tomar su medicación.			
16) Soy cariñoso con mi familiar hospitalizado.			
17) Trato de que mi familiar se encuentra aseado y con ropa limpia todos los días.			
18) Me resulta agradable visitar a mi familiar en el hospital.			
19) Evito conversar con mi paciente sobre su enfermedad.			
20) Trato de ayudar a bañar a mi paciente.			
21) Me incomoda acompañar a mi familiar a su terapia de rehabilitación.			
22) Me resulta desagradable sentarme a la mesa y compartir los alimentos con mi familiar enfermo.			
23) Me da vergüenza que los vecinos se enteren que mi familiar tiene esquizofrenia.			

24) Prefiero no involucrarme con los problemas ocasionados por la enfermedad de mi familiar. (consumo de drogas y/o alcohol)			
25) Me preocupa cuando mi familiar empieza a escuchar voces.			
26) Cuando mi familiar se torna violento, me pongo irritable.			
27) Me preocupa pensar que mi familiar se puede hacer daño a sí mismo.			
28) Me incomoda que mi familiar se hospitalice con mucha frecuencia.			
29) Trato de que mi familiar cuando esté irritable no dañe a otras personas.			
30) Evito tener contacto con mi familiar cuando está irritable.			
31) Siento temor cuando mi familiar se torna agresivo.			
32) Me angustia pensar que mi familiar abandone el tratamiento para la esquizofrenia.			

Gracias por su participación.

ANEXO E

LIBRO DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS	CÓDIGO
1	Edad	18-29 años 30-59 años 60 + años	a b c
2	Sexo	Hombre Mujer	a b
3	Estado civil	Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)	a b c d e f
4	Grado de instrucción	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Incompleta Superior Incompleta Superior Incompleta	a b c d e f
5	Ocupación	Dependiente Independiente Desempleado Jubilado	a b c d
6	Parentesco con el paciente	Mamá Papá Hermano(a) Hijo(a) Otros	a b c d e
7	Tiempo de enfermedad del paciente	<1 año 1-5 años 6-10 años 11-15 años >16 años	a b c d e

DATOS ESPECÍFICOS

Enunciados	Siempre	Algunas veces	Nunca
1) Entiendo que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta si uno o más familiares tienen esta enfermedad.	3	2	1
2) Considero que una persona con esta enfermedad, puede ponerse agresivo en cualquier momento.	1	2	3
3) Considero que mi familiar debe permanecer hospitalizado toda su vida.	1	2	3
4) Me gustaría aprender más sobre la esquizofrenia.	3	2	1
5) Considero que la persona con esta enfermedad nunca la podrá controlar y llevar una vida tranquila.	1	2	3
6) El tratamiento farmacológico es importante porque ayuda a disminuir los síntomas de una persona con esquizofrenia.	3	2	1
7) Las personas con esta enfermedad no deberían de tener hijos.	1	2	3
8) Es conveniente que mi familiar asista a un programa de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.	3	2	1
9) Las personas con esta enfermedad no deberían de trabajar.	1	2	3
10) Pienso que los pacientes con esta enfermedad no distinguen sus alucinaciones de la realidad.	3	2	1
11) Desde que mi familiar se hospitalizó, pienso que cuando mejore debe retornar a casa.	3	2	1
12) Apoyo a mi familiar en todo lo que me indican para su mejora.	3	2	1
13) Me siento satisfecho cuando superviso a mi familiar tomar el medicamento indicado.	3	2	1
14) Estoy dispuesto a llevar a mi familiar a su control médico periódico en las fechas indicadas.	3	2	1
15) Estoy dispuesto a motivar a mi familiar cuando no tiene ganas de tomar su medicación.	3	2	1

16) Soy cariñoso(a) con mi familiar hospitalizado.	3	2	1
17) Trato de que mi familiar se encuentra aseado y con ropa limpia todos los días.	3	2	1
18) Me resulta agradable visitar a mi familiar en el hospital.	3	2	1
19) Evito conversar con mi paciente sobre su enfermedad.	1	2	3
20) Trato de ayudar a bañar a mi paciente.	3	2	1
21) Me incomoda acompañar a mi familiar a su terapia de rehabilitación.	1	2	3
22) Me resulta desagradable sentarme a la mesa y compartir los alimentos con mi familiar enfermo.	1	2	3
23) Me da vergüenza que los vecinos se enteren que mi familiar tiene esquizofrenia.	1	2	3
24) Prefiero no involucrarme con los problemas ocasionados por la enfermedad de mi familiar. (consumo de drogas y/o alcohol)	1	2	3
25) Me preocupa cuando mi familiar empieza a escuchar voces.	3	2	1
26) Cuando mi familiar se torna violento, me pongo irritable.	1	2	3
27) Me preocupa pensar que mi familiar se puede hacer daño a sí mismo.	3	2	1
28) Me incomoda que mi familiar se hospitalice con mucha frecuencia.	1	2	3
29) Trato de que mi familiar cuando esté irritable no dañe a otras personas.	3	2	1
30) Evito tener contacto con mi familiar cuando está irritable.	1	2	3
31) Siento temor cuando mi familiar se torna agresivo.	1	2	3
32) Me angustia pensar que mi familiar abandone el tratamiento para la esquizofrenia.	3	2	1

ANEXO F
VALIDEZ DE CONTENIDO

TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUECES EXPERTOS

ÍTEMS	NÚMERO DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0,035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Suma:

$$0.004 \times 6 + 0.035 = 0.059 / 7 = 0.0084$$

Se encontró concordancia **significativa** para todo los ítems. También se tomaron en cuenta las observaciones hechas por los jueces.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente de alfa de Cronbach (α)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

K: Número de ítems del instrumento.

S_i^2 : Es la varianza del ítem i .

S_T^2 : Es la varianza de la suma de todos los ítems.

Reemplazando:

$$\alpha = 0,65$$

La confiabilidad oscila entre 0 y 1. El instrumento es altamente confiable cuando el coeficiente alfa de Cronbach es mayor o igual 0,6.

ANEXO H

ESCALA DE STANONES

Para establecer los intervalos de los valores finales de la variable se aplicó la Escala de Stanones.

$$X \pm 0,75(S)$$

Donde:

X = Promedio de los puntajes.

S = Desviación Estándar de los puntajes.

Reemplazando:

$$A = X - 0,75(S)$$

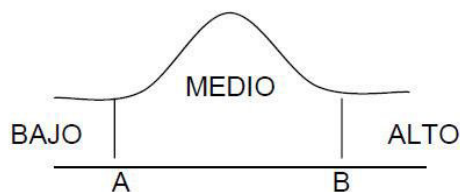
$$A = 77,69 - 0,75(5,83)$$

$$A = 73,31$$

$$B = X + 0,75(S)$$

$$B = 77,69 + 0,75(5,83)$$

$$B = 82,06$$



Valores:

Desfavorable

Medianamente favorable

Favorable

Intervalos:

32 – 72

73 – 82

83 – 96

ANEXO I

MATRIZ DE DATOS

ACTITUDES DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA																																					
N	Aspectos generales de la enfermedad														Cuidados del paciente																					T	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	25	ST 1	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	ST 2			
1	1	2	3	3	3	2	1	2	3	2	3	3	28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	1	1	3	53	81		
2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	3	29	3	3	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	50	79		
3	2	2	3	2	3	3	1	3	2	2	3	3	29	2	3	2	3	3	3	1	2	1	3	3	3	2	3	3	1	3	2	2	3	48	77		
4	2	1	3	2	2	3	1	2	3	2	3	3	27	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	3	3	47	74		
5	2	1	2	3	3	3	3	3	2	1	3	3	29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	3	1	3	1	1	2	47	76		
6	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	32	3	2	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	1	2	3	1	3	48	80		
7	1	2	3	3	2	3	1	3	1	3	2	3	27	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	56	83		
8	2	3	3	3	1	2	3	3	2	1	3	3	29	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	55	84		
9	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	33	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	2	3	2	3	1	1	3	2	49	82		
10	2	1	2	3	2	2	1	3	2	2	2	3	25	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2	1	49	74		
11	2	1	3	3	1	3	2	2	1	3	3	3	27	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	55	82		
12	2	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	31	3	3	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2	2	2	3	1	3	1	1	3	44	75		
13	2	1	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	30	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	1	3	1	3	1	50	80		
14	2	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	31	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	2	2	3	53	84		
15	2	1	2	2	3	2	1	3	3	2	3	3	27	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	2	3	3	52	79		
16	2	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	30	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	49	79		
17	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	50	83		
18	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	33	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	55	88		
19	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1	28	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	1	3	1	3	1	3	1	3	2	46	74		
20	3	1	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	32	2	3	3	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	50	82		
21	3	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	31	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2	1	3	2	1	3	47	78		
22	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	32	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	2	3	52	84		
23	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	30	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	56	86		
24	1	1	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	29	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	54	83		
25	1	1	3	3	1	3	1	3	2	3	2	3	26	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	54	80		

26	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	30	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	1	1	3	52	82	
27	1	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	1	3	53	82	
28	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	30	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	55	85	
29	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	32	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	1	2	3	51	83
30	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	29	3	3	3	3	2	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	54	83	
31	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	31	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	1	3	3	2	3	50	81
32	3	1	3	3	1	3	3	3	1	1	3	2	27	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	1	3	2	1	3	50	77
33	3	1	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	30	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	1	3	3	2	1	1	3	50	80
34	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	32	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	2	3	3	1	1	3	50	82
35	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	32	3	3	3	3	2	3	2	3	1	3	3	3	2	1	3	2	3	3	3	52	84	
36	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	32	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	1	3	3	2	1	1	2	1	1	3	43	75
37	3	1	3	3	2	3	1	3	3	3	3	2	30	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	54	84	
38	1	1	3	3	2	3	3	3	1	1	2	3	26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	3	1	3	53	79
39	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	32	3	3	3	3	2	3	1	3	1	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	46	78
40	3	1	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	31	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	2	2	2	3	1	3	1	1	3	46	77
41	2	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	58	89	
42	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	29	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	50	79
43	1	1	1	3	2	3	1	3	3	3	3	3	27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3	1	1	3	50	77
44	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	32	3	2	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	50	82
45	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	34	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	3	1	2	3	3	3	1	2	2	47	81
46	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	30	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	49	79
47	3	1	3	3	3	3	1	3	2	1	3	3	29	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	1	3	1	1	3	49	78	
48	1	1	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	52	81	
49	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	30	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	2	3	1	3	1	1	1	47	77
50	3	1	3	2	3	3	1	2	1	3	3	3	28	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	2	51	79
51	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	1	3	1	3	53	83
52	1	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	29	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	3	3	3	1	3	1	3	2	1	3	48	77
53	2	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1	55	85	

ANEXO J

EDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

EDAD	Nº	%
18 - 29 años	8	15,1
30 - 59 años	30	56,6
60 años a más	15	28,3
Total	53	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO K

SEXO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

SEXO	Nº	%
Masculino	18	34,0
Femenino	35	66,0
Total	53	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO L

ESTADO CIVIL DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero	16	30,19
Casado	13	24,53
Conviviente	13	24,53
Divorciado	4	7,55
Separado	2	3,77
Viudo	5	9,43
Total	113	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO M

OCUPACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

OCUPACIÓN	Nº	%
Dependiente	15	28,30
Independiente	14	26,42
Desempleado	22	41,51
Jubilado	2	3,77
Total	53	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital
Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO N

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Primaria incompleta	9	16,98
Primaria completa	6	11,32
Secundaria incompleta	6	11,32
Secundaria completa	16	30,19
Superior incompleta	6	11,32
Superior completa	10	18,87
Total	53	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO O

PARENTESCO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

PARENTESCO	Nº	%
Mamá	21	39,62
Papá	4	7,55
Hermano	13	24,53
Hijo	6	11,32
Otro	9	16,98
Total	53	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital
Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO P

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA- PERÚ 2018

TIEMPO DE ENFERMEDAD	Nº	%
< 1 año	14	26,42
1 – 5 años	25	47,17
6 – 10 años	9	16,98
11 – 15 años	2	3,77
>= 16 años	3	5,66
Total	53	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital
Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO Q

ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA - PERÚ 2018

ASPECTOS GENERALES	N	%
Favorable	16	30.2
Medianamente favorable	37	69.8
Desfavorable	0	0.0
TOTAL	53	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO R

ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN LA DIMENSIÓN CUIDADOS DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA - PERÚ 2018

CUIDADOS DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA	N	%
Favorable	17	32.08
Medianamente favorable	34	64.15
Desfavorable	2	3.77
TOTAL	53	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO S

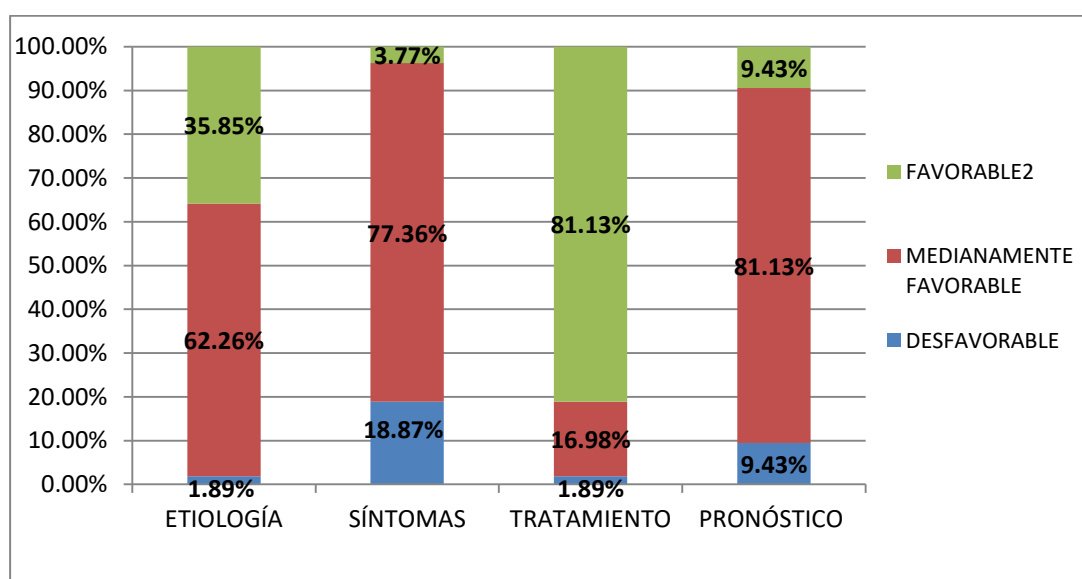
ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN LA DIMENSIÓN ASPECTOS GENERALES DE LA ENFERMEDAD EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA - PERÚ 2018

ASPECTOS GENERALES	N	%
Favorable	13	24.5
Medianamente favorable	31	58.5
Desfavorable	9	17.0
TOTAL	53	100

Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia - Hospital
Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO T

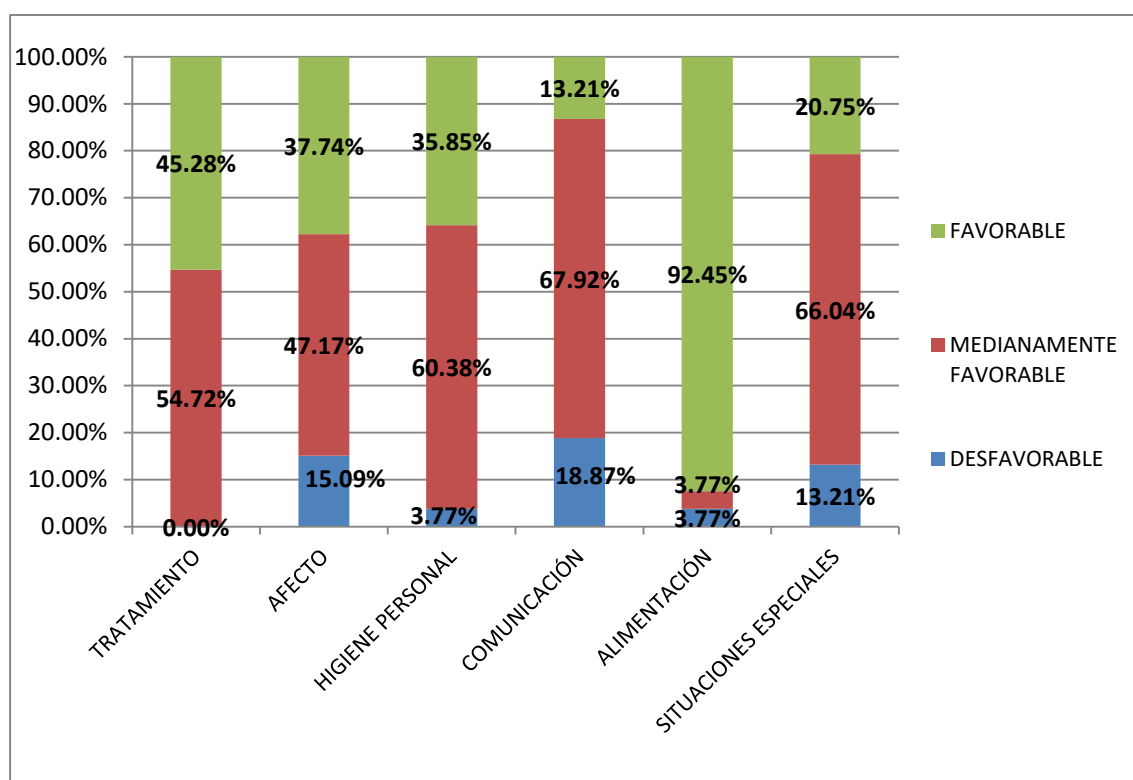
ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN LA DIMENSIÓN ASPECTOS GENERALES DE LA ENFERMEDAD SEGÚN SUS INDICADORES EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA - PERÚ 2018



Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018

ANEXO U

ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN LA DIMENSIÓN CUIDADOS DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN SUS INDICADORES EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA METROPOLITANA LIMA - PERÚ 2018



Fuente: Instrumento aplicado a los familiares del paciente con esquizofrenia- Hospital Hermilio Valdizán- Mayo 2018